

TESIS

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**



TIARA PUTRI RYANDINI
NIM. 131614153107

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :
Nama: Tiara Putri Ryandini
NIM. 131614153107

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun
dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Tiara Putri Ryandini

NIM : 131614153107

Tanda tangan :



Tanggal : 02 Agustus 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS

Tiara Putri Ryandini
131614153107


TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 02 AGUSTUS 2018

Oleh:

Pembimbing Ketua


Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing Kedua


Puji Rahayu, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 196511201989032009

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI TESIS

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

Oleh:
Tiara Putri Ryandini

Telah diuji
Pada tanggal, 02 Agustus 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : 1. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc., Ph.D
NIP. 198202182008128201

(.....)

Anggota : 2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

(.....)

3. Puji Rahayu, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 196511201089032009

(.....)

4. Dr. Hanik Endang N., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197606162014092006

(.....)

5. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198206192015041001

(.....)



Mengetahui,
Koordinator Program Studi

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr.Wb

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga Tesis dengan judul “Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus” telah diselesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam penulisan Tesis ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk ini perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M..Nurs. (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sekaligus Pembimbing Ketua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Tesis ini terselesaikan.
2. Puji Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Pembimbing Kedua yang juga telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Tesis ini terselesaikan.

3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
4. Dr. Hanik Endang N., S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji Tesis yang telah memberikan pengarahan dan masukan kepada peneliti hingga akhirnya Proposal ini terselesaikan.
5. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc., Ph.D selaku penguji Tesis yang telah memberikan pengarahan dan masukan kepada peneliti hingga akhirnya ini terselesaikan.
6. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji Tesis yang telah memberikan pengarahan dan masukan kepada peneliti hingga akhirnya Tesis ini terselesaikan.
7. Suami (Rahmad Wijaya, S.Pd., MM), kedua orang tua (Bapak Putut Yunanto dan Ibu Suryati), kedua mertua (Bapak Priyono dan Ibu Hastutik), saudara (Agista Surya Ayu dan Anjar Satrio Wibowo S.H), serta nenek (Mbah Uti Sumini dan Kartini) yang telah memberikan do'a, motivasi maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Program Studi Magister Keperawatan dan tak lupa motivasi yang selalu rindu untuk pulang Keponakan tercinta (Meilvine Latifa Surya Puspita).
8. Seluruh Direksi RSUD. dr. R. Koesma Tuban yang telah memberikan ijin, kesempatan dan fasilitas dalam pengambilan data penelitian.
9. Seluruh responden dan partisipan yang telah bersedia membantu peneliti dalam proses pengumpulan data.

10. Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
11. Bapak Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE dan Bapak/Ibu seluruh civitas akademika STIKES Nahdlatul Ulama Tuban.
12. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Tesis ini. Peneliti menyadari bahwa Tesis ini masih jauh dari sempurna, tetapi peneliti berharap Tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Wallahul Muwafiq Illa Aqwamith Thoriq

Wassalamualaikum Wr. Wb

Surabaya, 02 Agustus 2018

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya akan bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tiara Putri Ryandini

NIM : 131614153107

Program Studi : Magister

Departemen : Keperawatan Manajemen

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

"Pengembangan Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada Pasien Diabetes Mellitus"

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 02 Agustus 2018

Yang menyatakan



(Tiara Putri Ryandini)

EXECUTIVE SUMMARY

DEVELOPMENT THE INSTRUMENT OF EVALUATION OF NURSING CARE IN FORMAT NOTES TO THE DEVELOPMENT OF INTEGRATED ON PATIENT DIABETES MELLITUS

By: TIARA PUTRI RYANDINI

Diabetes Mellitus is a disease in the ten dr. r. Koesma hospital on Tuban and the necessity of integrating by interdisciplinary profession because of the condition of patients who often cannot be controlled. Inpatient room and location of Lotus and Asoka was chosen because of the very decent room used for the development of the instrument because of the occurrence of cases of disease of Diabetes Mellitus that is always there every month. But when carried out an evaluation on the medical record documents obtained 287 that evaluation of nursing care in the development of an integrated patient record format has not been in accordance with the national standards of accreditation of hospitals. Such as was the case in the dr. r. Koesma hospital on Tuban. The purpose of this research is to draw up development instruments evaluation of nursing care in the development of an integrated patient record format in patients of Diabetes Mellitus.

This research uses design Research and Development implemented in 2 stages. The first stage is the process of preparation nursing care in evaluation instruments so that the developed instrument is valid and reliable, supported by statistical analysis using Product Moment Pearson Correlation test to determine the validity and test of cronbach alpha to determine the reliability. The second stage is the process of socialization and training of instrument usage so that the nurse is able to use the evaluation instrument of nursing care in format notes to the development of integrated on patient Diabetes Mellitus. Participants in FGD amounted to 9. The first stage of the population to test the validity and reliability obtained 20 medical record documents. The second stage population for evaluation of nursing ability in filling the evaluation instrument of nursing care in format notes to the development of integrated on patient Diabetes Mellitus in the sample selection using purposive sampling technique obtained 8 nurses. At second stage population for FGD activities consisted of Head of Nursing, Kasie Monev, Nursing Committee, Head of Professional Quality, Head of Inpatient Service Institution, Lotus Room Chief and Nurse of Patient Responsibility Unit (PPJP) of Lotus Room 8.

The result showed that: 1) nursing care evaluation instrument in the integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus in the hospital. dr. R. Koesma Tuban is not available yet to be evaluated; 2) the development of nursing care evaluation instruments in an integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus conducted through FGD activities; 3) validity test result with average r count on instrument 0,746 where the overall value $> r$ table (0,4444) then expressed valid and reliability test with average r count on instrument 0,748 where overall $> r$ table (0,4444) then declared reliable; 4) socialization and testing of filling instrument of evaluation of nursing care in the integrated patient record development format on patient diabetes mellitus

performed well; 5) all nurses (100%) have good skills; 6) recommendation of development of evaluation instrument of nursing care in the integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus through FGD is acceptable.

Form of development instrument that developed by the researcher is the instrument of nursing care evaluation in CPPT format on patient Diabetes Mellitus refers to the national standard of hospital accreditation in the form of SOAP writing. Based in terms of content, terms of Standard Nursing Language (SNL) / language and accuracy. Integrated according to Service and Patient Care (PAP) in SNARS (2017) that is every development of each patient in periodic evaluation and made notation on CPPT by doctor in charge of patient (DPJP) in accordance with requirement and verified daily by DPJP in 8 hours and verification by DPJP in 24 hours once.

The conclusion of this research is 1) nursing care evaluation instruments in the development of an integrated patient record format in patients Diabetes Mellitus in inpatient 287 DRM dr. r. Koesma hospital on Tuban yet appropriate standards; 2) standards of nursing care of Diabetes Mellitus in dr. r. Koesma hospital on Tuban is composed in accordance with appropriate Nursing care of KARS; 3) develop the instrument of evaluation of nursing care in an integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus in inpatient room of RSUD. dr. R. Koesma Tuban is a merging of Instruments A (2005) and SNARS in terms of content, language and accuracy as well as systematic compilation based on FGD and expert discussions in the form of filling in SOAP method; 4) the evaluation instrument of nursing care in an integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus declared to be valid and reliable; 5) socialization and testing of filling on evaluation instrument of nursing care in the integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus in Inpatient Room of RSUD. dr. R. Koesma Tuban was held from 13-14 July 2018 followed by 10 nurses; 6) the application of nursing care evaluation instruments in an integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus in inpatient wards of RSUD. dr. R. Koesma Tuban showed that all of the respondents (100%) had good skills in filling the evaluation of nursing care and all (100%) thought that evaluation instrument of nursing care in an integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus category either; 7) recommendation of development of evaluation instrument of nursing care in the integrated patient record development format on patient Diabetes Mellitus result from FGD activity in the form of merging instrument A (2005) and SNARS in terms of content, language and accuracy as well as systematic arrangement based on FGD and expert discussion charging in SOAP method into an integrated patient record development format. Obstacles in this research is there's no Nursing Care Standard Diabetes Mellitus in RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

Oleh: TIARA PUTRI RYANDINI

Diabetes Mellitus merupakan sepuluh penyakit terbanyak di RSUD dr. R. Koesma Tuban serta perlunya integrasi oleh interdisiplin profesi karena kondisi pasien yang sering tidak dapat terkontrol. Serta lokasi ruang rawat inap Teratai dan Asoka dipilih karena ruangan tersebut sangat layak digunakan untuk pengembangan instrumen karena kejadian kasus penyakit Diabetes Mellitus yang selalu ada setiap bulan. Tetapi saat dilaksanakan evaluasi pada 287 dokumen rekam medis didapatkan bahwa evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi belum sesuai dengan standar nasional akreditasi Rumah sakit (SNARS). Hal tersebut seperti yang terjadi di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Tujuan dari penelitian ini adalah menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

Penelitian ini menggunakan desain *Research and Development* dilaksanakan dalam 2 tahap. Tahap pertama adalah proses penyusunan instrumen evaluasi asuhan keperawatan sehingga instrumen yang dikembangkan valid dan reliabel, didukung dengan analisis statistik menggunakan uji *Product Moment Pearson Correlation* untuk menentukan validitas dan uji *cronbach alpha* untuk menentukan reliabilitas. Tahap ke dua adalah proses sosialisasi dan pelatihan penggunaan instrumen sehingga perawat mampu untuk menggunakan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Partisipan dalam FGD berjumlah 9. Populasi tahap pertama untuk uji validitas dan reliabilitas didapatkan 20 dokumen rekam medis. Populasi tahap ke dua untuk evaluasi kemampuan perawat dalam pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap pemilihan sampelnya menggunakan tehnik *purposive sampling* didapatkan 8 perawat. Populasi tahap ke dua untuk kegiatan FGD terdiri dari Kepala bidang keperawatan, Kasie Monev, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala ruang Teratai dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP) ruang Teratai sejumlah 8.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1) instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban belum ada sehingga belum bisa di evaluasi; 2) pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dilakukan melalui kegiatan FGD; 3) hasil uji validitas dengan rata-rata r hitung pada instrumen 0,746 dimana nilai keseluruhan $> r$ tabel (0,4444) maka dinyatakan valid dan uji

reliabilitas dengan rata-rata r hitung pada instrumen 0,748 dimana keseluruhan $> r$ tabel (0,4444) maka dinyatakan reliabel; 4) sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus terlaksana dengan baik; 5) seluruhnya perawat (100%) memiliki kemampuan yang baik; 6) rekomendasi pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui FGD dapat diterima.

Bentuk pengembangan dari instrumen yang dikembangkan peneliti yaitu instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus mengacu pada standar nasional akreditasi Rumah Sakit berupa pada penulisan SOAP. Dimana pada didasarkan dari segi konten, segi *Standard Nursing Language* (SNL)/bahasa dan segi akurasi. Terintegrasi sesuai dengan Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) dalam SNARS (2017) yaitu setiap perkembangan tiap pasien di evaluasi berkala dan di buat notasi pada CPPT oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP dalam 8 jam dan diverifikasi oleh DPJP dalam 24 jam sekali.

Kesimpulan penelitian ini adalah 1) Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban pada 287 DRM belum sesuai standar; 2) Standar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban tersusun sesuai dengan Panduan Asuhan Keperawatan sesuai KARS; 3) menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban yaitu penggabungan dari Instrumen A Depkes (2005) dan SNARS secara dalam segi konten, bahasa dan akurasi serta sistematis penyusunan berdasarkan FGD dan diskusi pakar berupa pengisian dalam metode SOAP; 4) instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dinyatakan valid dan reliabel; 5) sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban dilaksanakan dari tanggal 13-14 Juli 2018 diikuti oleh 10 perawat; 6) penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban menunjukkan bahwa seluruh responden (100%) memiliki kemampuan yang baik dalam mengisi evaluasi asuhan keperawatan dan seluruh (100%) berpendapat bahwa instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus kategori baik; 7) rekomendasi pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus hasil dari kegiatan FGD yaitu berupa penggabungan instrumen A Depkes (2005) dan SNARS secara dalam segi konten, bahasa dan akurasi serta sistematis penyusunan berdasarkan FGD dan diskusi pakar berupa pengisian dalam metode SOAP ke dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi. Hambatan dalam penelitian ini adalah belum ada Standar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

ABSTRACT

DEVELOPMENT THE INSTRUMENT OF EVALUATION OF NURSING CARE IN FORMAT NOTES TO THE DEVELOPMENT OF INTEGRATED ON PATIENT DIABETES MELLITUS

By: TIARA PUTRI RYANDINI

Introduction: Evaluation of nursing care in the development of an integrated patient record format on 287 documents medical record shows that has not been in accordance with the national standards of accreditation of hospitals. Such as was the case in the dr. r. koesma hospital on tuban. The purpose of this research is to draw up development instruments evaluation of nursing care in the development of an integrated patient record format in patients of Diabetes Mellitus. **Methods:** The design of this research is the Research and Development. The population of stage 1 is medical record document 287 and 9 participants. The population of stage 2 is 40 medical record documents and 8 respondents. Participants and samples selected by purposive sampling. Data analysis using descriptive analysis, statistical analysis correlation pearson product moment test for validity and crobach alpha for reliability test. **Results:** The instruments of evaluation of nursing care in the development of an integrated patient record format in patients Diabetes Mellitus in inpatient dr. r. Koesma hospitals in Tuban appropriate standards, activities of FGD stated valid and reliability, the results of the charging instrument training make it entirely (100%) of nurses have the ability either of these instruments and expressed both by the whole nurse (100%). **Discuss and conclusions:** The developing nursing care in the development of an integrated patient record format in patients Diabetes Mellitus results from activities of FGD the form of the “A” instrument with the merger of health (2005) and the national standards of accreditation of hospitals in in terms of content, language and accuracy as well as systematic preparation based on FGD and expert discussions in the form of filling in the SOAP method format record of the development of integrated patient.

Keywords: integrated patient development record, soap, diabetes mellitus

ABSTRAK

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN
PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

Oleh: TIARA PUTRI RYANDINI

Pendahuluan: Evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada 287 dokumen rekam medis menunjukkan bahwa belum sesuai dengan standar nasional akreditasi Rumah sakit (SNARS). Hal tersebut seperti yang terjadi di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Tujuan dari penelitian ini adalah menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. **Metode:** Desain penelitian ini adalah *Research and Development*. Populasi tahap 1 adalah 287 dokumen rekam medis dan 9 partisipan. Populasi tahap 2 adalah 40 dokumen rekam medis dan 8 responden. Partisipan dan sampel dipilih dengan *purposive sampling*. Analisa data menggunakan analisis deskriptif, analisis statistik *product moment pearson correlation* untuk uji validitas dan *crobach alpha* untuk uji reliabilitas. **Hasil:** Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien *Diabetes Mellitus* di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban sesuai standar, kegiatan FGD dinyatakan valid dan reliabel, hasil pelatihan pengisian instrumen membuat seluruhnya (100%) perawat memiliki kemampuan baik dan instrumen tersebut dinyatakan baik oleh seluruh perawat (100%). **Pembahasan dan Kesimpulan:** pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien *Diabetes Mellitus* hasil dari kegiatan FGD yaitu berupa penggabungan instrumen A Depkes (2005) dan SNARS secara dalam segi konten, bahasa dan akurasi serta sistematis penyusunan berdasarkan FGD dan diskusi pakar berupa pengisian dalam metode SOAP ke dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi.

Kata Kunci: catatan perkembangan pasien terintegrasi, soap, diabetes mellitus

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR MAGISTER.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBARPERSETUJUAN PEMBIMBING.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	ix
EXCECUTIVE SUMMARY	x
RINGKASAN PENELITIAN	xii
ABSTRACT	xiv
ABSTRAK	xv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xx
DAFTAR GAMBAR	xxii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
DAFTAR LAMBANG.....	xxv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan umum	8
1.3.2 Tujuan khusus	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Teoritis	9
1.4.2 Praktis.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Komunikasi Afektif antar PPA.....	11
2.1.1 Pengertian Komunikasi Afektif anatar PPA	11
2.1.2 Hambatan dalam Berkomunikasi	11
2.1.3 Dampak salah dalam Berkomunikasi.....	13

2.2.	Pendokumentasian Asuhan Terintegrasi	13
2.2.1	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	14
2.2.2	Komponen Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan	16
2.2.3	Karakteristik Data dalam Pendokumentasian	21
2.2.4	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	26
2.3.	Konsep Diabetes Mellitus	27
2.3.1	Pengertian Diabetes Mellitus	29
2.3.2	Manifestasi Klinis	29
2.3.3	Klasifikasi Diabetes Mellitus	30
2.3.4	Patofisiologi Diabetes Mellitus	32
2.3.5	Komplikasi Diabetes Mellitus	33
2.3.6	Faktor Risiko Diabetes Mellitus	35
2.3.6	Pencegahan Diabetes Mellitus	38
2.4	Konsep Instrumen	40
2.4.1	Definisi Instrumen	40
2.4.2	Prinsip Instrumen	40
2.4.3	Langkah Penyusunan dan pengembangan Instrumen	42
2.4.4	Jenis-jenis Instrumen	42
2.5	Konsep <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	45
2.5.1	Definisi FGD	45
2.5.2	Alasan Menggunakan FGD	45
2.5.3	Tahapan FGD	46
2.6	Keaslian Penelitian	47
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	51
3.1.	Kerangka Konseptual	51
BAB 4	METODE PENELITIAN	53
4.1.	Penelitian Tahap 1	55
4.1.1.	Populasi	55
4.1.2.	Sampel	56
4.1.3.	Variabel dan Definisi Operasional	57
4.1.4.	Instrumen Penelitian	62
4.1.5.	Analisis Data	65
4.2	Penelitian Tahap 2	67
4.2.1.	Populasi	67

4.2.2.	Sampel.....	68
4.2.3.	Variabel dan Definisi Operasional.....	69
4.2.4.	Instrumen Penelitian.....	73
4.2.5.	Analisis Data	74
4.3	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	75
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	78
4.4.1.	Lokasi Penelitian.....	78
4.4.2.	Waktu Penelitian	79
4.5	Kerangka Operasional	80
4.6	Etik Penelitian	81
4.6.1.	<i>Informed consent</i>	81
4.6.2.	<i>Anonymity</i>	81
4.6.3.	<i>Confidentiality</i>	81
4.6.4.	<i>Beneficiency</i> dan <i>nonmaleficiency</i>	82
BAB 5	HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....	83
5.1	Gambaran Lokasi Penelitian	83
5.2	Hasil dan Analisis Penelitian Tahap 1.....	85
5.2.1	Hasil evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus.....	85
5.2.2	Hasil pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus melalui FGD	87
5.2.3	Hasil penyusunan SAK Diabetes Mellitus.....	93
5.2.4	Hasil uji validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus.....	95
5.2.5	Hasil diskusi pakar pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus.....	96
5.3	Hasil dan Analisis Penelitian Tahap 1.....	98
5.3.1	Hasil sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus.....	98
5.3.2	Hasil penilaian kemampuan perawat tentang instrumen evaluasi	

asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus	99
5.3.3 Hasil rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus	104
BAB 6 PEMBAHASAN	108
6.1 Evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus ..	108
6.2. Proses Penyusunan pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus..	110
6.3. Penyusunan SAK Diabetes Mellitus	112
6.4. Analisis uji validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus.....	114
6.5. Sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus..	115
6.6. Penilaian kemampuan perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus..	117
6.7. Rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus.....	119
6.8 Temuan Penelitian.....	119
6.9 Keterbatasan Penelitian	120
BAB 7 PENUTUP.....	122
7.1 Kesimpulan.....	122
7.2 Saran.....	123
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Variabel penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk penelitian tahap 1	58
Tabel 4.2	Definisi Operasional Variabel Penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Ruang Rawat Inap dr. R. Koesma Tuban	59
Tabel 4.3	Variabel penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk penelitian tahap 2	70
Tabel 4.4	Definisi Operasional Variabel Penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	71
Tabel 4.5	Jadwal penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	79
Tabel 5.1	Karakteristik dokumen CPPT Tahap 1	85
Tabel 5.2	Hasil observasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui FGD	86
Tabel 5.3	Hasil FGD tentang evaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus oleh partisipan di RSUD. dr. R. Koesma Tuban, 14 Juli 2018	89
Tabel 5.4	Hasil Validitas Instrumen Evaluasi asuhan keperawatan	100
Tabel 5.5	Hasil Reliabilitas Instrumen Evaluasi asuhan keperawatan	100
Tabel 5.6	Hasil diskusi pakar	101
Tabel 5.7	Karakteristik responden Tahap 2	104

Tabel 5.8	Evaluasi kemampuan dan pendapat perawat	105
Tabel 5.9	Mutu instrumen menurut <i>user view</i>	106
Tabel 5.10	Karakteristik dokumen CPPT Tahap 2	106
Tabel 5.11	Hasil FGD tahap 2	109
Tabel 5.12	Temuan Penelitian	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konsep Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	51
Gambar 4.1	Kerangka Operasional	80
Gambar 5.1	Form pencatatan dan perencanaan terintegrasi RSUD. dr. R. Koesma Tuban sebelum dikembangkan	90
Gambar 5.2	Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT setelah dikembangkan	90
Gambar 5.3	Format SAK sebelum dikembangkan	94
Gambar 5.4	Format SAK DM setelah dikembangkan	94

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Surat Keterangan Data Awal Penelitian	129
Lampiran 2	Lembar Surat Keterangan Penelitian	130
Lampiran 3	Lembar Uji Laik Etik	131
Lampiran 4	Lembar Surat Penelitian dari Bakesbangpol	132
Lampiran 5	Lembar Surat Penelitian dari RSUD dr. R. Koesma Tuban	133
Lampiran 6	Form Pencatatan dan Perencanaan Terintegrasi RSUD dr. R. Koesma Tuban	134
Lampiran 7	Pernyataan Persetujuan Ikut Penelitian	135
Lampiran 8	Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian	136
Lampiran 9	Format SAK dalam CPPT RSUD. dr. R. Koesma Tuban	137
Lampiran 10	Pengumpulan Data Demografi	
Lampiran 11	SAK Diabetes Mellitus	140
Lampiran 12	Tabulasi data demografi partisipan FGD 1	142
Lampiran 13	Berita acara Diskusi Pakar	143
Lampiran 14	Rekapitulasi Telusur Rekam Medis	145
Lampiran 15	Hasil Rekapitulasi Telusur Rekam Medis Tahap 1	146
Lampiran 16	Hasil pengembangan Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus	148
Lampiran 17	Hasil Rekapitulasi Telusur Rekam Medis Tahap 2	150
Lampiran 18	Tabulasi data demografi partisipan FGD 2	153
Lampiran 19	Tabulasi data demografi responden FGD 2	154
Lampiran 20	Lembar Evaluasi Kemampuan Perawat dalam mengisi pengembangan Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	155
Lampiran 21	Lembar penjelasan pasrtisipan kegiatan FGD	156
Lampiran 22	Kuesioner Pendapat Perawat Tentang Pengembangan Instrumen	158
Lampiran 23	Tabulasi hasil pendapat perawat tentang pengembangan instrumen	160
Lampiran 24	Panduan Topik Focus Group Discussion Tahap 1	161
Lampiran 25	Panduan Topik Focus Group Discussion Tahap 2	163
Lampiran 26	Lembar Penilaian Validitas & Reliabilitas Instrumen	165
Lampiran 27	Hasil penilaian Validitas & Reliabilitas Instrumen	166
Lampiran 28	Rencana Kegiatan Sosialisasi & Pelatihan	167

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

Daftar Singkatan

CPPT	: Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
Depkes	: Departemen Kesehatan
dr.	: Dokter
Dr.	: Doktor
H.	: Haji
Hj.	: Hajah
IAR	: Informasi, Analisis, Rencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Ket.	: Keterangan
M.Kep.	: Magister Keperawatan
M.Kes.	: Magister Kesehatan
Menkes	: Menteri Kesehatan
Ns.	: <i>Nurse</i>
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
NIP	: Nomor Induk Pegawai
No.	: Nomor
PAP	: Pelayanan dan Asuhan Pasien
PPJP	: Perawat Penanggung Jawab Pasien
PPK	: Panduan Praktik Klinis
Prof.	: Profesor
RCA	: <i>Root Cause Analysis</i>
RI	: Republik Indonesia
RSUD.	: Rumah Sakit Umum Daerah
SK	: Surat Keterangan
S.Kep	: Sarjana Keperawatan
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
Tgl.	: Tanggal

Daftar Lambang

$&$: dan
f	: frekuensi
$—$: garis bawah
$,$: koma
2	: kuadrat
$<$: kurang dari
\leq	: kurang dari sama dengan
$($: kurung buka
$)$: kurung tutup
$>$: lebih dari
\geq	: lebih dari sama dengan
$\%$: prosentase
$=$: sama dengan
$-$: tanda hubung
$“$: tanda petik
$!$: tanda seru
$?$: tanda tanya
$.$: titik
Σ	: tota

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seseorang perawat profesional tidak dapat dipertanggung jawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status kesehatan pasien di rumah sakit (Nursalam, 2011). Dokumentasi dalam rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi afektif antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya (Klehr et al., 2009).

Satu tanda kurangnya komunikasi antara berbagai profesi kesehatan adalah terus digunakannya catatan medis yang terpisah dengan catatan perawatan dan catatan profesi kesehatan lain untuk merekam kondisi pasien. Catatan yang dibuat kurang menggambarkan informasi mengenai respon pasien dan hal-hal yang dirasakan pasien, bahkan banyak pengamatan yang tidak dicatat dalam rekam medis. Untuk meningkatkan kualitas catatan medis adalah dengan mengintegrasikan catatan professional kesehatan menjadi satu catatan pasien yang terintegrasi yaitu catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).

Rekam medis memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Secara khusus, setiap praktisi kesehatan: perawat, dokter, ahli terapi, ahli gizi dan professional kesehatan lainnya mencatat pengamatan, pengobatan, hasil atau kesimpulan dari pertemuan/diskusi tim perawatan pasien dalam catatan perkembangan yang berorientasi masalah dalam bentuk SOAP(IER) dengan formulir yang sama dalam rekam medis, dengan ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi antar professional kesehatan (Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011; Iyer Patricia and Camp Nancy, 2004).

Suatu rencana perawatan tunggal dan terintegrasi yang mengidentifikasi perkembangan terukur yang diharapkan oleh masing-masing disiplin adalah lebih baik daripada rencana perawatan terpisah yang disusun oleh masing-masing praktisi. Rencana perawatan pasien harus mencerminkan sasaran perawatan yang khas untuk masing-masing individu, objektif, dan realisti sehingga nantinya penilaian ulang dan revisi rencana dapat dilakukan (Frelita, Situmorang & Silitonga, 2011).

Paradigma pelayanan kesehatan sudah mulai berubah dengan memusatkan pelayanan kesehatan pada pasien. Tidak lagi menempatkan salah satu profesi sebagai pusat pelayanan, melainkan dibutuhkan adanya integrasi asuhan dari berbagai profesi pemberi pelayanan (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, 2017). Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang

sama, meminimalkan mis komunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011).

Asuhan pasien dalam standar akreditasi rumah sakit (2017) harus dilaksanakan berdasarkan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*), asuhan diberikan berbasis kebutuhan pelayanan pasien. Proses asuhan bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pemberian pelayanan kesehatan diantaranya dokter, perawat, bidan, *nutrisionis*, farmasi, terapis, dll serta dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan yang berada dalam catatan asuhan terintegrasi (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 09 Juni 2018 dibagian Rekam Medik RSUD. dr. R. Koesma Tuban dari data rekam medis pada pasien Diabetes Mellitus didapatkan bahwa pada tahun 2016 sebanyak 501 pasien, tahun 2017 sebanyak 682 pasien dan tahun 2018 pada bulan Januari sampai Mei sebanyak 287 pasien. Ini menjadi dasar peneliti memilih kasus penyakit Diabetes Mellitus, dimana merupakan sepuluh penyakit terbanyak yang selalu ada setiap bulan. di RSUD dr. R. Koesma Tuban dan merupakan penyakit metabolik yang perlu dilakukan komunikasi efektif antar interdisiplin Serta lokasi ruang rawat inap Teratai dan Asoka dipilih karena ruangan tersebut sangat layak digunakan untuk pengembangan instrumen.

Dari hasil wawancara pendahuluan dengan petugas sub-komite forensik medik menyatakan bahwa pada bulan Januari sampai Mei 2018 telah

menemukan hampir sebagian 84 (29,6%) dari 287 DRM pada ruangan rawat inap dikembalikan dari bagian rekam medis keruangan karena pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi yang tidak lengkap atau DRM dinilai belum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) penulisan SOAP di RSUD.dr. R. Koesma Tuban walau belum sesuai SNARS (2017) sehingga bisa dikatakan CPPT dalam dokumen rekam medis belum berkualitas.

Berdasarkan hasil telusur Rekam Medis didapatkan pada 287 (100%) dokumen rekam medis, didapatkan bahwa pada data Subyektif yang ditulis perawat yaitu 246 menuliskan lemas. Pada data Obyektif didapatkan bahwa 287 terdapat tekanan darah. *Assesment* diagnosa Nyeri akut paling sering dituliskan perawat sebanyak 256 sedangkan pada *health* edukasi jarang sekali terdokumentasikan oleh perawat hanya 37. *Plan* didapatkan bahwa 287 masalah belum teratasi dikarenakan peneliti melakukan telusur rekam medis dengan hanya melihat SOAP awal dengan minimal hari rawatan 3 hari di ruang rawat inap.

Padahal pada pengisian evaluasi dalam rekam medis dari evaluasi perencanaan dan implementasi yang sudah dilakukan oleh masing-masing profesi dan ditanyakan kembali kepada pasien dan keluarga pasien tentang keluhan yang dirasakan sebagai data subyektif dan diperiksa baik fisik maupun penunjang diagnostik sebagai data obyektif. Pada ahli gizi dengan catatan perkembangan yang dibuat oleh dokter 3 (2,4%) status catatan perkembangan pasien terintegrasi tidak di isi oleh farmasi. Standarnya pengisian asuhan terintegrasi ini minimal harus di isi setiap 8 jam sekali atau ketika terjadi perubahan kondisi pasien namun pada status yang peneliti amati

asuhan terintegrasi baru terisi setelah 2 (dua) hari rawatan pasien sedangkan prosedurnya setiap melakukan pencatatan ditulis setiap shift atau jika ada perubahan kondisi pasien dengan mencantumkan nama (stempel) dan tanda tangan perawat serta setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menggunakan metode komunikasi SBAR (stempel) dan besoknya diverifikasi ke DPJP selama 24 jam sekali (SNARS, 2017). Dari hasil tersebut peneliti mulai melakukan pengembangan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) untuk menyusun Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada pasien Diabetes Mellitus.

Bukti tertulis pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga keperawatan bertujuan untuk menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidaklengkapan informasi. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 pasal 52 ayat 1 menyatakan bahwa rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk system informasi manajemen rumah sakit (Depkes, 2009). Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis pada pasal 1 ayat 1, menyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Mengingat pentingnya pendokumentasian sebagai media komunikasi antar profesi yang dapat mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit disebabkan karena masalah komunikasi termasuk di bagian keperawatan. Data dari hasil *Root Cause Analysis* (RCA) adalah satu rumah sakit di Amerika menunjukkan 65% *sentinel event*, 90% penyebabnya adalah

komunikasi dan 50% terjadi pada saat serah terima informasi pasien (JCI, 2006).

Patricia Suti Lasmani (2013) melakukan penelitian dengan judul evaluasi implementasi rekam medis terintegrasi di instalasi rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini yaitu Implementasi yang masih perlu ditingkatkan yaitu: kejelasan: dengan hasil 29,7% pembetulan dengan dicoret dan diparaf dan tidak satupun rekam medis menggunakan singkatan baku; kelengkapan: dengan hasil 61,5% catatan perawatan jelas dan singkat, 85,4% catatan perkembangan terisi lengkap dan 81,3% tertulis nama dan tanda tangan; kebaruan: dengan hasil 41,6% tertulis waktu dan tanggal setiap tindakan; komprehensif: dengan hasil 95% ada penulisan kejadian insiden kritis, berpusat pada pasien dan kolaborasi: dengan hasil 92,2% ada data subyektif dan obyektif pada catatan perkembangan, 73,4% rencana individual dan komprehensif serta 88% mendokumentasikan persetujuan tindakan.

Masalah di RSUD. dr. R. Koesma Tuban dikarenakan pada sumber daya manusia, sarana dan metode. Sumber daya manusianya adalah karena keterbatasan waktu peneliti sehingga tidak semua perawat diberikan sosialisasi dan uji coba mengakibatkan kurangnya pemahaman perawat dalam mengisi evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi yang telah dikembangkan jadi perlu adanya resosialisasi terhadap semua perawat, supervisor dalam evaluasi asuhan keperawatan sudah dibentuk tetapi belum terdokumentasi dan terstruktur dengan baik. Sarana untuk format CPPT sudah ada tetapi SAK Diabetes Mellitus di ruang rawat inap belum ada.

Kelemahan dalam pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), perawat dituntut untuk melakukan perubahan yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan dan penerapan pendokumentasian keperawatan yang berkualitas. Permasalahan dalam pelaksanaan sistem dokumentasi keperawatan saat ini antara lain: 1) Saat ini masih banyak perawat yang belum menyadari bahwa tindakan yang mereka lakukan harus dipertanggungjawabkan; 2) Banyak pihak menyebutkan bahwa kurangnya dokumentasi juga disebabkan karena banyak yang tidak tahu data apa saja yang harus dimasukkan dan bagaimana cara membuat dokumentasi yang benar di CPPT; 3) Kurangnya kontrol pendokumentasian (Handayaningsih, 2009).

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengembangkan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Instrumen ini dibuat untuk meningkatkan kualitas dalam pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi antar profesi. Penelitian ini diharapkan bisa menjadi salah satu *health service research* yang akan memberi solusi dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada catatan perkembangan pasien terintegrasi yang berkualitas sehingga meningkatkan mutu pendokumentasian perawat pada format CPPT untuk mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menyusun Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengevaluasi dokumen catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) perawat pada pasien Diabetes Mellitus.
2. Mengembangkan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan diskusi pakar.
3. Menyusun standar asuhan keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus
4. Melakukan validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.
5. Melakukan sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

6. Mengevaluasi penilaian kemampuan dan pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.
7. Rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui *Focus Group Discussion* (FGD) 2.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang sesuai untuk diterapkan di ruang rawat inap dalam meningkatkan dokumentasi asuhan keperawatan dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dan bisa memberikan manfaat dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan keperawatan manajemen.

1.4.2 Manfaat Praktis

- 1) Mengembangkan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di semua ruangan untuk mendapatkan hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang terstandar. Dalam penerapan instrumen perlu adanya bimbingan dan supervisi secara terus menerus oleh Kepala Ruangan atau Katim serta perlu dilaksanakan evaluasi dalam pelaksanaannya.

- 2) Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan sebagai dasar menetapkan kebijakan terkait Standar Prosedur Operasional (SPO) penulisan SOAP pada pasien Diabetes Mellitus yang digunakan sebagai acuan penulisan SOAP pada format CPPT.
- 3) Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang SOAP dengan kasus penyakit terutama penyakit kronis yang perlu dilakukan komunikasi efektif antar interdisiplin profesi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban dan RS lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Komunikasi Efektif Antar PPA (Profesi Pemberi Asuhan)

2.1.1 Pengertian Komunikasi Efektif Antar PPA

Salah satu informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu mengurangi mis komunikasi atau sebagai sarana komunikasi antar sesama profesi kesehatan sehingga terjalin komunikasi yang efektif dan tidak adanya tindakan yang tidak diinginkan.

Suarli (2014) mendefinisikan komunikasi sebagai suatu pertukaran pikiran, perasaan, pendapat dan pemberian nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja bersama. Komunikasi juga merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang gampang sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima. Dokumentasi dalam rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya (Klehr, 2009).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan media komunikasi yang sangat efektif antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter, dan antara perawat dengan profesi lain. Sehingga jika hal ini tidak menjadi

perhatian bagi tenaga kesehatan maka komunikasi yang dibangun akan terputus dalam memberikan asuhan keperawatan (Merelli, 2000).

Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama meminimalkan mis komunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang & Silitonga, 2011).

Menurut Tibodean (2003) menyampaikan beberapa hal untuk meningkatkan komunikasi efektif, yakni :

1. Pesan disampaikan tepat waktu, pesan berubah secara konstan dan bila terjadi keterlambatan dalam menyampaikan pesan menyebabkan informasi ketinggalan jaman (kuno).
2. Pesan hendaknya disampaikan dengan lengkap sehingga pendengar dapat mengerti informasi yang ingin disampaikan
3. Informasi disampaikan dengan jelas
4. Informasi harus akurat dan sesuai dengan inti permasalahan, tidak membingungkan penerima (pendengar)
5. Pesan di verifikasi oleh penyampai berita

2.1.2 Hambatan dalam berkomunikasi

1. Hambatan fisik, komunikasi melintasi ruangan dengan cara berteriak – teriak, atau komunikasi dengan beda lokasi antara pembicara dengan

pendengar.

2. Hambatan persepsi, beda dalam menggunakan istilah kata.
3. Hambatan emosi, perasaan tidak senang dalam berkomunikasi.
4. Hambatan budaya, budaya dapat menghambat komunikasi.
5. Hambatan bahasa, kata yang dipergunakan dalam komunikasi mengandung bahasa yang kurang di mengerti oleh pendengar.

2.1.3 Dampak salah dalam berkomunikasi

1. Menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan, hal ini disebabkan karena salah dalam mengambil tindakan.
2. Menimbulkan konflik antara penyampai berita dengan penerima berita.
Hal ini dapat mempengaruhi mutu pelayanan medis yang dilaksanakan di Rumah sakit.
3. Komunikasi antar petugas/pemberi pelayanan di dalam (internal) dan keluar (eksternal) rumah sakit.

2.2 Pendokumentasian Asuhan Terintegrasi

1. Pengertian Pendokumentasian Asuhan Terintegrasi

Asuhan terintegrasi adalah suatu kegiatan tim yang terdiri dari dokter, perawat/bidan, nutrisisionis dan farmasi dalam menyelenggarakan asuhan yang terintergrasi dalam satu lokasi rekam medis, yang dilaksanakan secara kolaborasi dari masing-masing profesi. Pelayanan terintegrasi berorientasi pada kepentingan pasien dan tidak didominasi oleh satu profesi tertentu, seperti dulu dokter merupakan pelaksana asuhan tunggal. Profesi saat ini telah berkembang sangat pesat sehingga tak mungkin lagi dikuasai secara

penuh ilmunya oleh para dokter. Tentunya hal ini akan berdampak sangat positif terhadap mutu pelayanan kesehatan (Sutoto, 2015).

2. Tujuan Pendokumentasian Asuhan Terintegrasi

- a) Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu bekerja sama dengan tim multidisiplin
- b) Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
- c) Memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal
- d) Menghindari terjadinya *medication eror* secara dini dan mis komunikasi.
- e) Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
- f) Memberikan tata laksana asuhan dengan biaya yang memadai

Dokumentasi yang terintegrasi dapat dijadikan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan multidisiplin yang ada diruangan rawat inap. Dokumentasi yang dikatakan lengkap apabila pencatatan yang dilakukan oleh dokter, perawat, farmasi dan nutrisi jika sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga mampu melindungi tenaga kesehatan terhadap permasalahan hukum yang terjadi (Hariyati, 2014).

2.2.1 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksanaan dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan

menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Nursalam, 2007). Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2004).

Standar dokumentasi asuhan keperawatan menurut DepKes (2005) sesuai Instrumen “A” adalah sebagai berikut:

No	Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan
1	PENGKAJIAN <ol style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian Data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual) Data dikaji sejak klien mulai masuk sampai pulang Masalah dirumuskan berdasarkan masalah kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan
2	DIAGNOSIS <ol style="list-style-type: none"> Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan Diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES Merumuskan diagnosis keperawatan aktual/potensial.
3	PERENCANAAN <ol style="list-style-type: none"> Berdasarkan diagnosis keperawatan Disusun menurut urutan prioritas Rumusan tujuan mengandung komponen klien/subjek, perubahan, perilaku, kondisi klien, dan atau kriteria. Rencana intervensi mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas, dan atau melibatkan klien/keluarga Rencana intervensi menggambarkan keterlibatan klien/keluarga Rencana intervensi menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain.
4	INTERVENSI <ol style="list-style-type: none"> Intervensi dilaksanakan mengacu pada rencana asuhan keperawatan Perawat mengobservasi respon klien terhadap intervensi keperawatan Revisi intervensi berdasarkan hasil evaluasi Semua intervensi yang telah dilaksanakan didokumentasikan dengan ringkas dan jelas.

5 EVALUASI

- a. Evaluasi mengacu pada tujuan
 - b. Hasil evaluasi didokumentasikan dengan penulisan SOAP (Subyektif, obyektif, *assesment*, dan *plan*)
 - c. Pada catatan SOAP menyediakan tentang keadaan fisik, status pendidikan klien, dan status mental klien
 - d. Evaluasi respon klien terhadap intervensi dicatat untuk mendukung data
 - e. Penggunaan “A” (*assesment*) tidak hanya untuk mencatat analisa pengkajian tetapi juga evaluasi respon klien terhadap intervensi
 - f. Penggunaan “P” (*plan*) dapat dinyatakan sebagai standar tindakan keperawatan
-

6 CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN

- a. Menulis pada format yang baku
 - b. Pendokumentasian dilakukan sesuai dengan intervensi yang dilaksanakan
 - c. Pendokumentasian ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
 - d. Setiap melakukan intervensi/kegiatan perawat mencantumkan paraf dan nama dengan jelas, serta tanggal dan waktu dilakukannya intervensi.
 - e. Berkas catatan keperawatan disimpan dengan ketentuan yang berlaku.
-

2.2.2 Komponen Pelaksanaan Dokumentasi Evaluasi Keperawatan (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)

a. Pengertian

Evaluasi adalah langkah akhir dari proses perawatan. Tugas selama tahap ini termasuk pencatatan pernyataan evaluasi dan revisi rencana tindakan keperawatan dan intervensi jika perlu. Lebih lanjut, pernyataan evaluasi memberikan informasi yang penting tentang pengaruh intervensi yang direncanakan pada keadaan kesehatan klien (Mubarak, dkk., 2011).

Tujuan evaluasi adalah untuk menentukan efektifitas asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respons klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan (Nursalam, 2008). Evaluasi sudah dimulai sejak tahap pengkajian data dan dapat menjadi indikator kemajuan

klien terhadap tujuan kriteria hasil. Komponen evaluasi dicatat untuk (Nursalam, 2008) :

- 1) Mengkomunikasikan status klien dan hasilnya berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat.
- 2) Memberikan informasi yang bermanfaat untuk memutuskan apakah mengawali, melanjutkan, memodifikasi atau menghentikan tindakan keperawatan.
- 3) Memberikan bukti revisi untuk perencanaan perawatan yang berdasarkan pada catatan penilaian ulang atau reformulasi diagnosa perawatan.
- 4) Standar dokumentasi untuk terus mencatat pernyataan evaluasi perawatan yang merefleksikan keefektifan asuhan keperawatan, respon klien untuk intervensi perawatan dan revisi rencana keperawatan.

b. Tipe-tipe pernyataan evaluasi (Nursalam, 2008)

Tipe pernyataan evaluasi formatif atau sumatif diketahui. Pernyataan tersebut dapat dibuat pada poin yang alamiah dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap klien.

1) Pernyataan Evaluasi Formatif (evaluasi respon klien saat itu)

Pernyataan formatif merefleksikan observasi dan analisis perawat terhadap respon klien pada intervensi keperawatan mengenai apa yang sedang terjadi pada klien pada saat itu. Contohnya, “berjalan selama 15 menit di ruang masuk. Tidak ada kelemahan atau sesak napas yang diobservasi pada klien”.

- 2) Pernyataan Evaluasi Sumatif (evaluasi kumulatif perkembangan klien terhadap hasil yang diharapkan)

Pernyataan sumatif merefleksikan rekapitulasi dan sinopsis observasi dan analisis mengenai status kesehatan klien terhadap waktu. Pernyataan-pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi sesuai kriteria hasil yang diharapkan. Perawat menggunakan data pengkajian yang didokumentasikan. Tanpa adanya data ini, evaluasi sumatif tidaklah mungkin karena tidak ada standar lain yang dapat dibandingkan dengan perkembangan klien. Untuk menulis pernyataan sumatif, perawat perlu merujuk pada catatan data seperlunya dan harus menguji/memeriksa pengaruh perawatan kumulatif.

c. Format Evaluasi

Pada format evaluasi juga terdapat identitas yang juga harus diisi oleh perawat sesuai SNARS (2017) identifikasi 3 karakter yaitu nama, nomor register, dan tanggal lahir. Atau yang berguna agar mempermudah perawat dalam mencari data pasien dan jelas, serta agar tidak tertukar dengan pasien lain. Menurut Iyer, Patricia W. (2004) pada tabel evaluasi juga terdapat:

1. Tanggal dan Waktu ditulis berdasarkan kapan perawat melakukan tindakan keperawatan terhadap pasien. Berfungsi agar jelas dalam pendokumentasiannya serta terperinci.
2. Evaluasi ditulis setiap kali setelah semua tindakan dilakukan terhadap pasien. Pada tahap evaluasi dibagi menjadi 4 tahap yaitu SOAP atau SOAP(IER) (Suprajitno dalam Wardani, 2013):

- a. S (Data Subyektif): Subyektif adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan dari melakukan anamnesa untuk mendapatkan keluhan pasien saat ini, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga.
- b. O (Data Obyektif): Obyektif adalah hasil pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan tanda-tanda vital, skala nyeri dan hasil pemeriksaan penunjang pasien pada saat ini. Lakukan pemeriksaan fisik dan kalau perlu pemeriksaan penunjang terhadap pasien.
- c. A (*assessment*): Penilaian keadaan adalah berisi diagnosis kerja, diagnosis diferensial atau problem pasien, yang didapatkan dari menggabungkan penilaian subyektif dan obyektif. Pada tahap ini dijelaskan apakah masalah kebutuhan pasien telah terpenuhi atau tidak
- d. P (*planning*): Rencana asuhan adalah berisi rencana untuk menegakan diagnosis (pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan untuk menegakkan diagnosis pasti), rencana terapi (tindakan, diet, obat-obat yang akan diberikan), rencana monitoring (tindakan monitoring yang akan dilakukan, misalnya pengukuran tensi, nadi, suhu, pengukuran keseimbangan cairan, pengukuran skala nyeri) dan rencana pendidikan (misalnya apa yang harus dilakukan, makanan apa yang boleh dan tidak, bagaimana posisi).
- e. I (Intervensi): tindakan perawat untuk mengatasi masalah yang ada
- f. E (Evaluasi): evaluasi terhadap tindakan keperawatan

- g. R (Revisi): Rencana asuhan di evaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien, dimuktahirkan/di revisi oleh tim PPA berdasarkan atas *assesment* ulang.
3. Paraf harus disertai nama jelas. Tujuannya untuk pembuktian dan pertanggung gugat bagi perawat jika suatu saat kondisi pasien memburuk atau sampai berada ditangan hukum.
 4. Waktu pencatatan. Standarnya pengisian asuhan terintegrasi ini minimal harus di isi setiap 8 jam sekali atau ketika terjadi perubahan kondisi pasien namun pada status diringkas dalam setiap 24 jam. Baru terisi setelah 2 (dua) hari rawatan pasien sedangkan prosedurnya setiap melakukan pencatatan ditulis setiap shift atau jika ada perubahan kondisi pasien dengan mencantumkan nama (stempel) dan tanda tangan perawat

Pengisian evaluasi dalam rekam medis adalah hasil dari evaluasi perencanaan dan implementasi yang sudah dilakukan oleh masing-masing profesi dan ditanyakan kembali kepada pasien dan keluarga pasien tentang keluhan yang dirasakan sebagai data subyektif dan diperiksa baik fisik maupun penunjang diagnostik sebagai data obyektif kemudian tim mendiskusikan:

- 1) Dokter Penanggung jawab bersama tim profesi perawat, nutrionis dan farmasi mendiskusikan hasil perkembangan atas tindakan yang sudah dilakukan. Setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menggunakan metode komunikasi S-B-A-R (stempel) dan besoknya diverifikasi ke DPJP setiap hari (SNARS, 2017).

- 2) Hasil diskusi ditulis dalam rekam medis dapat berupa asuhan dihentikan atau dilanjutkan dengan dibuatkan perencanaan baru.

2.2.3 Karakteristik data dalam pendokumentasian

Potter & Perry (2011), mengkategorikan dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas mengandung beberapa karakteristik penting antara lain:

- 1) Lengkap

Seluruh data yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan klien dicatat dengan terperinci. Data yang terkumpul harus lengkap, guna membantu mengatasi masalah klien yang adekuat.

- 2) Akurat dan nyata

Dalam pengumpulan data ada kemungkinan terjadi salah paham. Untuk mencegah hal tersebut, maka perawat harus berpikir akurasi dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang telah didengar, dilihat, diamati, dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang mungkin meragukan.

- 3) Relevan

Pencatatan data yang komprehensif biasanya banyak data yang harus dikumpulkan, sehingga menyita waktu perawat untuk mengidentifikasi. Kondisi seperti ini bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tetapi singkat dan jelas. Mencatat data yang relevan sesuai dengan masalah klien yang merupakan datafokus terhadap klien sesuai dengan situasi khusus.

4) Terorganisasi

Dokumentasi harus mengkomunikasikan informasi dalam urutan yang logis. Untuk mencari situasi yang kompleks ke dalam bentuk terorganisasi, bayangkan situasi tersebut dan catat hal yang harus dimasukkan sebelum memulai penulisan dan rekam legal yang permanen.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pendokumentasian menurut Potter dan Perry (1989) dalam Nursalam (2009) adalah sebagai berikut:

- 1) Jangan menghapus dengan menggunakan tip-ex atau mencoret-coret tulisan yang salah ketika mendokumentasikan, karena akan tampak seakan-akan perawat mencoba menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Cara yang benar adalah dengan membuat satu garis pada tulisan yang salah, tili kata salah lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar.
- 2) Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun profesi kesehatan lain, karena pernyataan tersebut dapat digunakan sebagai bukti terhadap perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu. Tulislah hanya uraian objektif perilaku klien dan intervensi yang dilakukan oleh profesi kesehatan lain.
- 3) Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti dengan kesalahan intervensi. Oleh karena itu jangan tergesa-gesa melengkapi catatan, pastikan bahwa informasi sudah akurat.
- 4) Dokumentasikan hanya data yang berupa fakta, catatan harus akurat dan dapat dipercaya (*reliable*). Jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.

- 5) Jangan bagian ada bagian yang kosong pada akhir catatan perawat karena orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi. Oleh karena itu, buat garis horizontal sepanjang area kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
- 6) Semua pendokumentasian harus dapat dibaca, ditulis dengan tinta, dan menggunakan bahasa yang lugas karena tulisan yang tidak terbaca dapat disalahtafsirkan sehingga menimbulkan kesalahan dan dapat dituntut ke pengadilan.
- 7) Jika anda mempertanyakan suatu intruksi, catat bahwa anda sedang mengklarifikasikan karena jika perawat melakukan intervensi di luar batas kewenangannya maka ia dapat dituntut.
- 8) Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya. Jadi jangan menulis untuk orang lain.
- 9) Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum atau kurang spesifik. Informasi yang spesifik tentang kondisi klien atau kasus dapat secara tidak sengaja terhapus, oleh karena itu tulis secara lengkap, singkat, padat, dan objektif.
- 10) Mulailah mencatat dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani, hal itu menunjukkan orang yang bertanggung gugat atas dokumentasi tersebut. Jangan tunggu sampai akhir giliran dinas baru mendokumentasikan perubahan penting yang terjadi beberapa jam lalu.

Kriteria pengumpulan data dokumentasi menurut Nursalam (2014):

1) Legal

Legidibility yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian. Misal: Perawat harus menuliskan catatan yang jelas yang bisa dibaca dan di mengerti oleh perawat lain, dan tidak menuliskan istilah-istilah yang tidak di pahami oleh orang lain. Semisal ada istilah baru maka harus segera didiskusikan ke semua tim untuk menggunakan istilah tersebut.

2) Lengkap

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien.

3) Akurat

Accuracy adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lain.

Untuk menghindari kesalahan, maka perawat harus berfikir secara akurat dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang mungkin meragukan. Apabila perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti.

4) Relevan

Pencatatan data yang komprehensif biasanya menyebabkan banyak sekali data yang harus dikumpulkan, sehingga menyita waktu dalam mengidentifikasi. Kondisi seperti ini bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Dengan mencatat data yang relevan sesuai dengan masalah klien, yang merupakan data fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus.

5) Baru

Dengan semakin meningkatnya jumlah rumah sakit yang dipergunakan untuk pendidikan kesehatan maka integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit sangatlah penting dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan kesehatan di rumah sakit, karena itu perlu ada penilaian pelaksanaan integrasi pendidikan kesehatan dan berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit sebagaimana yang diatur dalam standar nasional akreditasi rumah sakit (SNARS, 2017)

Standar keperawatan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar juga dapat meningkatkan efektivitas dan efisien pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan serta melindungi masyarakat atau klien dari pelayanan yang tidak bermutu. Standar yang sudah disusun dan disepakati bersama serta dapat diterima pada suatu tingkat praktik untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Depkes, 2005).

2.2.4 Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) (SNARS, 2017)

1. Standar Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk pemberian asuhan yang seragam kepada pasien.

Maksud dan tujuan PAP 1:

Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di rumah sakit. Untuk melaksanakan prinsip kualitas asuhan yang setingkat mengharuskan pimpinan merencanakan dan mengoordinasikan pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja dipandu oleh regulasi yang menghasilkan pelayanan yang seragam. Sebagai tambahan, pimpinan harus menjamin bahwa rumah sakit menyediakan tingkat kualitas asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap *shift*. Regulasi tersebut harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif.

Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut:

- a) Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari (“3-24-7”)
- b) Penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama

- c) Pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama di semua unit pelayanan di rumah sakit
- d) Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatn yang sama menerima asuhan keperawatn yang setara di seluruh rumah sakit
- e) Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis anantara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, PPK (Panduan Praktik Klinis), alur klinis terintegrasi/*clinical pathway*, pedoman manajemen nyeri, dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain *water sealed drainage*, pemberian transfusi darah, biopsi ginjal, pungsi lumbal, dsb.

Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya secara efisien dan memungkinkan membuat evaluasi hasil asuhan (*outcome*) untuk asuhan yang sama di seluruh rumah sakit.

Elemen penilaian PAP 1:

- 1) Rumah sakit menetapkan regulasi bagi pimpinan unit pelayanan untuk bekerja sama memberikan proses asuhan serama dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku
 - 2) Asuhan seragam diberikan sesuai persyaratan sesuai butir a) sampai dengan e) dimaksud dan tujuan PAP 1
2. Standar Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 2

Ditetapkan proses untuk melakukan integrasi serta koordinasi pelayanan dan asuhan kepada setiap pasien.

Maksud dan tujuan PAP 2:

Proses pelayanan dan asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak PPA yang dapat melibatkan berbagai unit pelayanan. Integrasi dan koordinasi kegiatan pelayanan dan asuhan pasien merupakan sasaran yang menghasilkan efisiensi, penggunaan sumber daya manusia dan sumber lainnya efektif, dan hasil asuhan pasien yang lebih baik. Kepala unit pelayanan menggunakan alat dan teknik untuk melakukan integrasi dan koordinasi pelayanan serta asuhan lebih baik (contoh: asuhan secara tim oleh PPA, ronde pasien multidisiplin, form catatan perkembangan pasien terintegrasi, dan manajer pelayanan pasien/*case manager*).

Pelayanan berfokus pada pasien (PCC) diterapkan dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda, di sini peran MPP penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai dengan PPA.

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi pusatnya adalah pasien dan mencakup elemen antar lain sebagai berikut:

- a) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
- b) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) sebagai ketua Tim PPA (*Clinical Team Leader*)
- c) PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, antara lain memakai Panduan Praktik Klinis (PPK),

Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi/*Clical Pathway*, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

- d) Perencanaan pemulangan pasien/ *Discharge Planning* terintegrasi
- e) Asuhan Gizi Terintegrasi
- f) Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager*

Pendokumentasian di rekam medis merupakan alat untuk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi serta koordinasi asuhan. Secara khusus, setiap PPA mencatat observasi dan pengobatan di rekammedis pasien. Demikian juga, setiap hasil atau simpulan dari rapat tim atau diskusi pasien dicatat dalam CPPT.

2.3 Konsep Diabetes Mellitus

2.3.1 Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Henderina, 2010). Menurut PERKENI (2011) seseorang dapat di diagnosa Diabetes Mellitus apabila mempunyai gejala klasik Diabetes Mellitus seperti poliuria, polidipsi dan polifagi disertai dengan kadar gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl dan gula darah puasa ≥ 126 mg/dl.

2.3.2 Manifestasi Klinis

Beberapa gejala umum yang dapat ditimbulkan oleh penyakit Diabetes Mellitus diantaranya :

1. Pengeluaran urin (*Poliuria*)

Poliuria adalah keadaan dimana volume air kemih dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala Diabetes Mellitus dikarenakan kadar gula dalam tubuh relatif tinggi sehingga tubuh tidak sanggup untuk mengurainya dan berusaha untuk mengeluarkannya melalui urin. Gejala pengeluaran urin ini lebih sering terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan mengandung glukosa (PERKENI, 2011).

2. Timbul rasa haus (*Polidipsia*)

Polidipsia adalah rasa haus berlebihan yang timbul karena kadar glukosa terbawa oleh urin sehingga tubuh merespon untuk meningkatkan asupan cairan (Subekti, 2009).

3. Timbul rasa lapar (*Polifagia*)

Pasien Diabetes Mellitus akan merasa cepat lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi (PERKENI, 2011).

4. Peyusutan berat badan

Penyusutan berat badan pada pasien Diabetes Mellitus disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi (Subekti, 2009).

2.3.3 Klasifikasi Diabetes Mellitus

1. Diabetes tipe 1

Diabetes tipe 1 biasanya terjadi pada remaja atau anak, dan terjadi karena kerusakan sel β (beta) (WHO, 2014). *Canadian Diabetes Association* (CDA) 2013 juga menambahkan bahwa rusaknya sel β

pankreas diduga karena proses autoimun, namun hal ini juga tidak diketahui secara pasti. Diabetes tipe 1 rentan terhadap ketoasidosis, memiliki insidensi lebih sedikit dibandingkan diabetes tipe 2, akan meningkat setiap tahun baik di negara maju maupun di negara berkembang (IDF, 2014).

2. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe 2 biasanya terjadi pada usia dewasa (WHO, 2014). Seringkali diabetes tipe 2 didiagnosis beberapa tahun setelah onset, yaitu setelah komplikasi muncul sehingga tinggi insidensinya sekitar 90% dari penderita Diabetes Mellitus di seluruh dunia dan sebagian besar merupakan akibat dari memburuknya faktor risiko seperti kelebihan berat badan dan kurangnya aktivitas fisik (WHO, 2014).

3. Diabetes gestational

Gestational Diabetes Mellitus adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan (ADA, 2014) dengan ditandai dengan *hiperglikemia* (kadar glukosa darah di atas normal) (CDA, 2013 dan WHO, 2014). Wanita dengan diabetes gestational memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan (IDF, 2014).

4. Tipe Diabetes lainnya

Diabetes Mellitus tipe khusus merupakan diabetes yang terjadi karena adanya kerusakan pada pankreas yang memproduksi insulin dan mutasi gen serta mengganggu sel beta pankreas, sehingga mengakibatkan kegagalan dalam menghasilkan insulin secara teratur

sesuai dengan kebutuhan tubuh. Sindrom hormonal yang dapat mengganggu sekresi dan menghambat kerja insulin yaitu sindrom *chusing*, akromegali dan sindrom genetik (ADA, 2015).

2.3.4 Patofisiologi Diabetes Mellitus

1. Patofisiologi diabetes tipe 1

Pada Diabetes Mellitus tipe 1, sistem imunitas menyerang dan menghancurkan sel yang memproduksi insulin beta pankreas (ADA, 2014). Kondisi tersebut merupakan penyakit autoimun yang ditandai dengan ditemukannya anti insulin atau antibodi sel anti- islet dalam darah (WHO, 2014). *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* (NIDDK) tahun 2014 menyatakan bahwa autoimun menyebabkan infiltrasi limfositik dan kehancuran islet pankreas. Kehancuran memakan waktu tetapi timbulnya penyakit ini cepat dan dapat terjadi selama beberapa hari sampai minggu. Akhirnya, insulin yang dibutuhkan tubuh tidak dapat terpenuhi karena adanya kekurangan sel beta pankreas yang berfungsi memproduksi insulin. Oleh karena itu, diabetes tipe 1 membutuhkan terapi insulin, dan tidak akan merespon insulin yang menggunakan obat oral.

2. Patofisiologi diabetes tipe 2

Kondisi ini disebabkan oleh kekurangan insulin namun tidak mutlak. Ini berarti bahwa tubuh tidak mampu memproduksi insulin yang cukup untuk memenuhi kebutuhan yang ditandai dengan kurangnya sel beta atau defisiensi insulin resistensi insulin perifer (ADA, 2014). Resistensi insulin perifer berarti terjadi kerusakan pada reseptor-reseptor insulin

sehingga menyebabkan insulin menjadi kurang efektif mengantar pesan-pesan biokimia menuju sel-sel (CDA, 2013). Dalam kebanyakan kasus diabetes tipe 2 ini, ketika obat oral gagal untuk merangsang pelepasan insulin yang memadai, maka pemberian obat melalui suntikan dapat menjadi alternatif.

3. Patofisiologi diabetes gestasional

Gestational diabetes terjadi ketika ada hormon antagonis insulin yang berlebihan saat kehamilan. Hal ini menyebabkan keadaan resistensi insulin dan glukosa tinggi pada ibu yang terkait dengan kemungkinan adanya reseptor insulin yang rusak (NIDDK, 2014 dan ADA, 2014).

2.3.5 Komplikasi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, antara lain :

1. Komplikasi metabolik akut

Kompikasi metabolik akut pada penyakit Diabetes Mellitus terdapat tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, diantaranya:

a. Hipoglikemia

Hipoglikemia (kekurangan glukosa dalam darah) timbul sebagai komplikasi diabetes yang disebabkan karena pengobatan yang kurang tepat (Smeltzer & Bare, 2008).

b. Ketoasidosis diabetik

Ketoasidosis diabetik (KAD) disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat

menurun sehingga mengakibatkan kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis dan ketosis (Soewondo, 2006).

- c. Sindrom HHNK (koma hiperglikemia hiperosmoler nonketotik)
Sindrom HHNK adalah komplikasi Diabetes Mellitus yang ditandai dengan hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dl (Price & Wilson, 2006).

2. Komplikasi metabolik kronik

Komplikasi metabolik kronik pada pasien Diabetes Mellitus menurut Price & Wilson (2006) dapat berupa kerusakan pada pembuluh darah kecil (*mikrovaskuler*) dan komplikasi pada pembuluh darah besar (*makrovaskuler*) diantaranya:

- a. Komplikasi pembuluh darah kecil (*mikrovaskuler*)

Komplikasi pada pembuluh darah kecil (*mikrovaskuler*) yaitu :

1) Kerusakan retina mata (Retinopati)

Kerusakan retina mata (Retinopati) adalah suatu mikroangiopati ditandai dengan kerusakan dan sumbatan pembuluh darah kecil (Pandelaki, 2009).

2) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)

Kerusakan ginjal pada pasien Diabetes Mellitus ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/24jam atau >200 ih/menit) minimal 2 kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3-6 bulan. Nefropati diabetik merupakan penyebab utama terjadinya gagal ginjal terminal.

3) Kerusakan syaraf (*Neuropati diabetik*)

Neuropati diabetik merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan pada pasien Diabetes Mellitus. Neuropati pada Diabetes Mellitus mengacau pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf (Subekti, 2009).

b. Komplikasi pembuluh darah besar (*makrovaskuler*)

Komplikasi pada pembuluh darah besar pada pasien diabetes yaitu stroke dan risiko jantung koroner.

1) Penyakit jantung koroner

Komplikasi penyakit jantung koroner pada pasien Diabetes Mellitus disebabkan karena adanya iskemia atau infark miokard yang terkadang tidak disertai dengan nyeri dada atau disebut dengan *Silent Myocardial Infarction* (SMI) (Widiastuti, 2012).

2) Penyakit *serebrovaskuler*

Pasien Diabetes Mellitus berisiko 2 kali lipat dibandingkan dengan pasien non-Diabetes Mellitus untuk terkena penyakit *serebrovaskuler*. Gejala yang ditimbulkan menyerupai gejala pada komplikasi akut Diabetes Mellitus, seperti adanya keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, kelemahan dan bicara pelo (Smeltzer & Bare, 2008).

2.3.6 Faktor Risiko Diabetes Mellitus

1. Faktor risiko yang dapat diubah

a. Gaya hidup

Gaya hidup merupakan perilaku seseorang yang ditunjukkan dalam

aktivitas sehari-hari. Makanan cepat saji, olahraga tidak teratur dan minuman bersoda adalah salah satu gaya hidup yang dapat memicu terjadinya Diabetes Mellitus tipe 2 (ADA, 2009).

b. Diet yang tidak sehat

Perilaku diet yang tidak sehat yaitu kurang olahraga, menekan nafsu makan, sering mengonsumsi makan siap saji (Abdurrahman, 2014).

c. Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko utama untuk terjadinya penyakit Diabetes Mellitus. Menurut Kariadi (2009) dalam Fathmi (2012), obesitas dapat membuat sel tidak sensitif terhadap insulin (resisten insulin). Semakin banyak jaringan lemak pada tubuh, maka tubuh semakin resisten terhadap kerja insulin, terutama bila lemak tubuh terkumpul di daerah sentral atau perut (*central obesity*).

Perhitungan berat badan ideal sesuai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) menurut WHO (2014), yaitu: $IMT = BB(kg)/TB(m^2)$

Indeks Massa Tubuh (IMT)	Klasifikasi berat badan
<18,5	Kurang
18,5-22,9	Normal
23-24,9	Kelebihan
≥25,0	Obesitas

d. Tekanan darah tinggi

Menurut Kurniawan dalam Jafar (2010) tekanan darah tinggi merupakan peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan resistensi (tahanan) dari pembuluh darah dari tepi dan peningkatan volume aliran darah.

2. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a. Usia

Semakin bertambahnya usia maka semakin tinggi risiko terkena diabetes tipe 2. Diabetes Mellitus tipe 2 terjadi pada orang dewasa setengah baya, paling sering setelah usia 45 tahun (*American Heart Association* [AHA], 2012). Meningkatnya risiko Diabetes Mellitus seiring dengan bertambahnya usia dikaitkan dengan terjadinya penurunan fungsi fisiologis tubuh.

b. Riwayat keluarga Diabetes Mellitus

Seorang anak dapat diwarisi gen penyebab Diabetes Mellitus orang tua. Biasanya, seseorang yang menderita Diabetes Mellitus mempunyai anggota keluarga yang juga terkena penyakit tersebut (Ehsa, 2010). Fakta menunjukkan bahwa mereka yang memiliki ibu penderita Diabetes Mellitus tingkat risiko terkena Diabetes Mellitus sebesar 3,4 kali lipat lebih tinggi dan 3,5 kali lipat lebih tinggi jika memiliki ayah penderita Diabetes Mellitus. Apabila kedua orangtua menderita Diabetes Mellitus, maka akan memiliki risiko terkena Diabetes Mellitus sebesar 6,1 kali lipat lebih tinggi (Sahlasaida, 2015).

c. Ras atau latar belakang etnis

Risiko Diabetes Mellitus tipe 2 lebih besar terjadi pada hispanik, kulit hitam, penduduk asli Amerika, dan Asia (ADA, 2009).

d. Riwayat diabetes pada kehamilan

Mendapatkan diabetes selama kehamilan atau melahirkan bayi lebih dari 4,5 kg dapat meningkatkan risiko Diabetes Mellitus tipe 2 (Ehsa, 2010).

2.3.7 Pencegahan Diabetes Mellitus

1. Pengelolaan makan

Diet yang dianjurkan yaitu diet rendah kalori, rendah lemak, rendah lemak jenuh, diet tinggi serat. Diet ini dianjurkan diberikan pada setiap orang yang mempunyai risiko Diabetes Mellitus. Jumlah asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat kompleks merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang sehingga tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan (Goldenberg dkk, 2013).

Pengaturan pola makan dapat dilakukan berdasarkan 3J yaitu jumlah, jadwal, dan jenis diet (Tjokroprawiro, 2006).

- a. Jumlah yaitu jumlah kalori setiap hari yang diperlukan oleh seseorang untuk memenuhi kebutuhan energi. Jumlah kalori ditentukan sesuai dengan IMT (*Indeks Massa Tubuh*) dan ditentukan dengan satuan kilo kalori (kkal).

$$IMT = BB \text{ (kg)} / TB \text{ (m}^2\text{)}$$

Setelah itu kalori dapat ditentukan dengan melihat indikator berat badan ideal yaitu:

Indikator	Berat badan ideal	Kalori
Kurus	<18,5	2.300 - 2.500 kkal
Normal	18,5-22,9	1.700 - 2.100 kkal
Gemuk	>23	1.300 - 1.500 kkal

Oleh karena itu jumlah kalori yang dibutuhkan yaitu 1700- 2100 kalori.

- b. Jadwal makan diatur untuk mencapai berat badan ideal.

Sebaiknya jadwal makannya diatur dengan interval 3 jam sekali dengan 3x makan besar dan 3x makan selingan dan tidak menunda

jadwal makan sehari-hari.

2. Aktifitas fisik

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit terdiri dari pemanasan ± 15 menit dan pendinginan ± 15 menit), merupakan salah satu cara untuk mencegah Diabetes Mellitus. Kegiatan sehari-hari seperti menyapu, mengepel, berjalan kaki ke pasar, menggunakan tangga, berkebun harus tetap dilakukan dan menghindari aktivitas sedenter misalnya menonton televisi, main *game* komputer, dan lainnya.

Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Hindarkan kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalasan (PERKENI, 2011).

3. Kontrol Kesehatan

Seseorang harus rutin mengontrol kadar gula darah agar diketahui nilai kadar gula darah untuk mencegah terjadinya Diabetes Mellitus supaya ada penanganan yang cepat dan tepat saat terdiagnosa Diabetes Mellitus (Sugiarto & Suprihatin, 2012). Seseorang dapat mencari sumber informasi sebanyak mungkin untuk mengetahui tanda dan gejala dari Diabetes Mellitus yang mungkin timbul, sehingga mereka mampu

mengubah tingkah laku sehari-hari supaya terhindar dari penyakit Diabetes Mellitus.

2.4 Konsep Instrumen

2.4.1 Definisi Instrumen

Instrumen adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian dan penilaian. Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan informasi kuantitatif dan kualitatif tentang variasi karakteristik variabel penelitian secara obyektif (Mahlinda, 2010).

2.4.2 Prinsip Instrumen

Prinsip penyusunan instrumen menurut Nursalam (2014) yaitu:

1. Validitas (kesahihan)

Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas lebih menekankan pada alat pengukur/pengamatan. Ada dua hal penting yang harus dipenuhi dalam menentukan validitas pengukuran yaitu:

1) Relevan isi instrumen

Isi instrumen harus disesuaikan dengan tujuan penelitian agar dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Isi tersebut biasanya dapat dijabarkan dalam definisi operasional.

2) Relevan sasaran subyek dan cara pengukuran

Instrumen yang disusun harus dapat memberikan gambaran terhadap perbedaan subyek penelitian. Pada prinsip ini, peneliti harus dapat mempertimbangkan kepada siapa ia bertanya.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan. Pada penelitian keperawatan (psikososial), walaupun sudah ada beberapa pertanyaan (kuesioner) yang sudah distandarisasi secara nasional maupun internasional, peneliti perlu menyelidiki instrumen yang dipilih dengan mempertimbangkan keadaan sosial budaya dari area penelitian.

Cara pengukuran yang dapat dipakai untuk melihat reliabilitas dalam pengumpulan data di bidang kedokteran, yaitu:

- (1) Stabilitas (mempunyai kesamaan bila dilakukan berulang-ulang dalam waktu yang berbeda)
- (2) Ekuivalen (pengukuran memberikan hasil yang sama pada kejadian yang sama)
- (3) Homogenitas (instrumen yang digunakan harus mempunyai isi yang sama)

Peneliti mengadopsi konsep karakteristik instrumen sesuai dengan karakteristik kualitas software menurut ISO 9126 9126 (*International Organization for Standardization*), adapun aspek suatu software yang

berkualitas dalam penelitian ini didasarkan penilaiannya Melalui sudut pandang pengguna (*user's view*). Aspek penilaian tersebut meliputi 5 (lima) hal antara lain : 1) *Functionality*; 2) *Reliability*; 3) *Efficiency*; 4) *Usability*, 5) *Portability*. Beberapa jenis pertanyaan yang bisa ditanyakan dari masing-masing aspek tersebut ialah:

- 1) Apakah fungsi yang diinginkan dalam instrumen tersebut telah tersedia?
- 2) Seberapa reliabel instrumen tersebut?
- 3) Seberapa efisien instrumen tersebut?
- 4) Apakah instrumen mudah digunakan?
- 5) Sebarapa mudah instrumen bisa digunakan di ruang lain?

2.4.3 Langkah-langkah penyusunan dan pengembangan instrumen

Hajar (1999) menyatakan bahwa peneliti harus menmgikuti langkah-langkah dan pengembangan instrumen yaitu:

- 1) Mendefinisikan variabel
- 2) Menjabarkan variabel kedalam indikator yang lebih rinci
- 3) Menyusun butir-butir
- 4) Melakukan uji coba
- 5) Menganalisis kesahihan (validitas) dan keandalan (reabilitas)

2.4.4 Jenis-jenis Instrumen

Jenis instrumen yang dapat digunakan pada ilmu keperawatan dapat diklasifikasikan menjadi lima bagian (Nursalam, 2014) meliputi:

- 1) Biofisiologi

Pengukuran ini merupakan pengukuran yang dipergunakan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada dimensi fisiologis. Contohnya adalah

pengukuran aktivitas dasar klien, perawatan kebersihan mulut, dan lain-lain. Untuk mendapatkan hasil yang valid membutuhkan waktu dan biaya yang tinggi. Instrumen pengumpulan data pada fisiologis dibedakan menjadi *in vivo* dan *in vitro*. *In vivo* adalah observasi proses fisiologis tubuh tanpa pengambilan bahan/spesimen dari tubuh klien seperti pengukuran tekanan darah. *In vitro* adalah pengambilan bahan/spesimen dari tubuh klien.

2) Observasi

Beberapa jenis masalah keperawatan memerlukan suatu pengamatan atau observasi untuk mengetahuinya. Pengukuran tersebut dapat digunakan sebagai fakta yang nyata dan akurat dalam membuat suatu kesimpulan. Jenis pengukuran observasi dibedakan menjadi dua yaitu observasi terstruktur dan tidak terstruktur. Observasi terstruktur dilakukan oleh peneliti dengan mengamati fakta yang ada pada subyek, dan berdasarkan perencanaan penelitian yang sudah disusun, sesuai pengelompokannya. Observasi tidak terstruktur yaitu peneliti secara spontan mengobservasi dan mencatat apa yang dilihat dengan sedikit perencanaan. Metode observasi ini meliputi penjelasan informasi yang lebih banyak dipergunakan untuk menganalisis data secara kualitatif daripada kuantitatif. Observer menggunakan pedoman sesuai pertanyaan penelitian tapi peneliti tidak hanya mengobservasi pada hal-hal yang ada pada pedoman. Instrumen observasi bisa berupa *check list*.

3) Wawancara

Wawancara bisa dilakukan secara terstruktur atau tidak terstruktur. Wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Peneliti hanya diperkenankan bertanya apa adanya sesuai dengan pertanyaan yang telah disusun. Wawancara tidak terstruktur biasanya digunakan pada penelitian deskriptif dan kualitatif. Pertanyaan yang diajukan mencakup permasalahan secara luas yang menyangkut kepribadian, perasaan, dan emosi seseorang.

4) Kuesioner

Peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subyek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis. Pertanyaan yang diajukan dapat juga dibedakan menjadi pertanyaan terstruktur, peneliti hanya menjawab sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan dan tidak terstruktur.

5) Skala

Skala psikososial merupakan jenis instrumen *self report* yang digunakan oleh peneliti, perawat yang dikombinasikan dengan jenis pengukuran wawancara dan kuesioner. Skala merupakan bagian dari desain penilaian penomoran terhadap subyek mengenai hal-hal yang dirasakan atau keadaan fisiologis subyek.

2.5 Konsep *Focus Group Discussion* (FGD)

2.5.1 Definisi FGD

FGD merupakan salah satu tehnik dalam pengumpulan data kualitatif. Forum tersebut terdiri dari sekelompok orang yang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator. FGD juga dapat diartikan sebagai diskusi kelompok dengan jumlah peserta 6-12 orang, didampingi fasilitator agar setiap peserta bebas mengungkapkan pendapatnya secara spontan tentang suatu topik tertentu. Metode ini bertujuan menggali informasi mendalam tentang konsep, persepsi dan ide dari anggota kelompok.

2.5.2 Alasan Menggunakan FGD

Beberapa pertimbangan yang dilakukan sehingga menggunakan metode FGD adalah sebagai berikut :

1. Alasan Filosofis

- (1) Pengetahuan yang diperoleh dalam menggunakan sumber informasi dari berbagai latar belakang pengalaman tertentu dalam sebuah proses diskusi, memberikan perspektif yang berbeda dibanding pengetahuan yang diperoleh dari komunikasi searah antara peneliti dengan responden.
- (2) Penelitian tidak selalu terpisah dengan aksi. Diskusi sebagai proses pertemuan antar pribadi sudah merupakan bentuk aksi.

2. Alasan Metodologis

- (1) Adanya keyakinan bahwa masalah yang diteliti tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara individu karena pendapat kelompok dinilai sangat penting.

- (2) Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu relatif singkat
- (3) FGD dinilai paling tepat dalam menggali permasalahan yang bersifat spesifik, khas, dan lokal. FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai.

3. Alasan Praktis

Penelitian yang bersifat aksi membutuhkan perasaan memiliki dari obyek yang diteliti, sehingga pada saat peneliti memberikan rekomendasi dan aksi, dengan mudah objek penelitian bersedia menerima rekomendasi tersebut.

2.5.3 Tahapan FGD

- 1) Mengidentifikasi tujuan umum dari pertemuan
- 2) Mengembangkan pertanyaan dengan hati-hati
- 3) Merencanakan hal-hal yang dilakukan dalam pertemuan
- 4) Mengundang peserta yang potensial untuk datang ke pertemuan
- 5) Pada waktu 3 hari sebelum pertemuan, tiap peserta perlu diingatkan untuk datang.

Menurut Roger J. Rezabek, disebutkan bahwa ada dua skenario terpenting dalam FGD yaitu :

- 1) FGD dapat digunakan untuk mendiskusikan pengalaman yang sama tiap peserta dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang fenomena

- 2) FGD dapat menggambarkan pengalaman dari para ahli di suatu bidang dengan tujuan untuk mengumpulkan pemikiran dan ide dari peserta yang memiliki keahlian di bidang yang sama.

Etika dalam melakukan FGD sama dengan metode penelitian sosial lainnya. Dalam memilih peserta, peneliti harus memastikan bahwa peserta telah mengetahui tujuan dan manfaat dari pemikirannya. Selain itu kejujuran dan tidak memaksa peserta merupakan hal yang harus dilakukan. Sebaiknya moderator selalu melakukan klarifikasi pada setiap pendapat peserta. Peserta juga harus diberi dorongan meyakini pada informasi yang didengarkannya dalam rapat, sedangkan peneliti memiliki kewajiban untuk merahasiakan data dari kelompok tersebut (Bahtiar, 2014).

2.6 Keahlian Penelitian

No.	Judul karya ilmiah & penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
1	<i>Integration and assessment of the situation-backgroundassessment-recommendation Framework into a pharmacotherapy Skills laboratory for interprofessional communication and Documentation</i> (Barnett, Nagy and Hakim, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Communication - Documentation - Interprofessional - Laboratory - SBAR 	<i>Action research</i>	Kerangka kerja sbar relevan untuk komunikasi verbal apoteker Dan dokumentasi tertulis. Penyertaan kerangka sbar ke laboratorium keterampilan muncul Untuk mempersiapkan siswa untuk <i>performance based assessment</i> (PBA) yang dianggap realistis dan adil.
2	<i>Assessment of soap note evaluation tools in colleges and schools of Pharmacy</i> (Sando <i>et al.</i> , 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Assessment - Documentation - SOAP notes 	<i>Case study</i>	Ada banyak variasi dalam elemen-elemen khusus yang digunakan Mengevaluasi catatan soap di perguruan tinggi dan sekolah farmasi. Peningkatan konsistensi dalam penilaian Metode untuk

No.	Judul karya ilmiah & penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
				mengevaluasi catatan soap dapat lebih mempersiapkan siswa untuk menghasilkan standar Dokumentasi saat memasuki latihan.
3	<i>Evaluation of electronic soap note grading and feedback</i> (Barnett <i>et al.</i> , 2014)	- Documentation - Grading consistency - Rubric - SOAP note - Documentation - grading consistency - rubric - soap note	Cross sectional	Metode penilaian dan umpan balik yang direvisi, termasuk penggunaan rubrik spesifik-kasus, memungkinkan perbaikan dalam Konsistensi penilaian siswa dan instruktur yang dirasakan dan meningkatkan umpan balik yang dirasakan siswa.
4	<i>Building an automated soap classifier for emergency department reports</i> (Mowery <i>et al.</i> , 2012)	- support vector machine	Cross sectional	Kami menunjukkan bahwa model soap dapat dianotasikan dengan inter-annotator yang tinggi Perjanjian dan bahwa itu memberikan cakupan yang sangat baik Untuk kalimat dalam laporan departemen darurat. The beragam features yang kami gunakan menghasilkan penugasan subjektif otomatis yang akurat Dan kelas obyektif serta penugasan penilaian yang adil Dan merencanakan kelas. Ada tradeoff antara biaya akuisisi Fitur sintaksis dan semantik dan perbaikan sederhana atas Fitur leksikal. Klasifikasi soap kalimat bisa berguna Fitur dalam tugas nlp lainnya dan dapat membantu melokalkan informasi di Laporan untuk digunakan

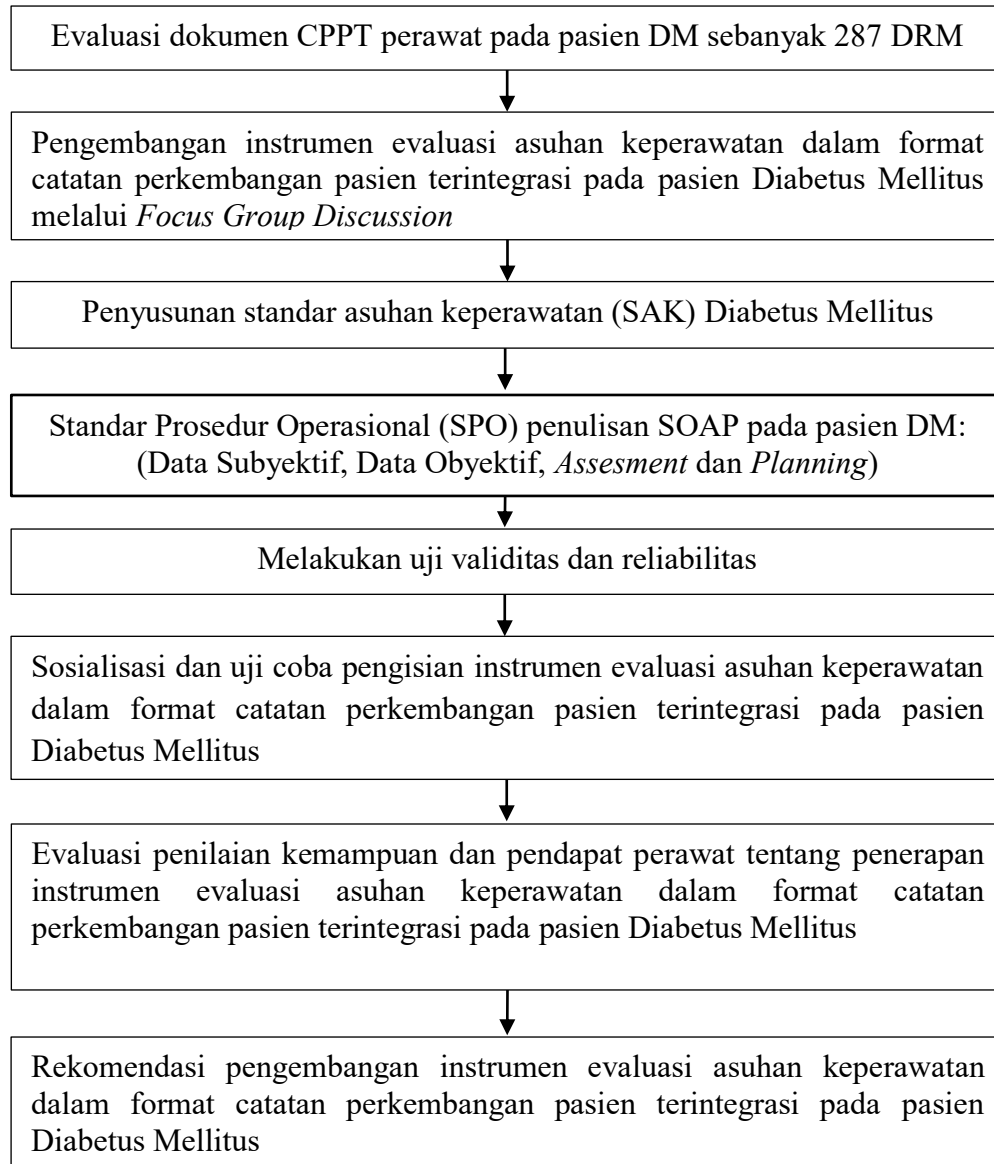
No.	Judul karya ilmiah & penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
				dalam visualisasi dan penilaian perawatan klinis harus berkomunikasi dan Mempublikasikan pesan yang konsisten terkait dengan pentingnya penggunaan phr
6	<i>Development and validation of an instrument for initial nursing assesment</i> (Schuster <i>et al.</i> , 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Pengembangan instrumen pengkajian keperawatan - Validitas instrumen pengkajian keperawatan 	Kualitatif Kuantitatif	Instrumen pengkajian keperawatan dengan menggunakan pola fungsi kesehatan <i>gordon</i> yang lebih mudah dan efisien dan didesain mampu meningkatkan kualitas catatan klinis, mendukung diagnosis keperawatan yang tepat, dan implementasi proses keperawatan. Instrumen pengkajian keperawatan dinyatakan valid.
7	<i>Development of a Measurement Instrument for Nursing Documentation in the Patient Record</i> (Paans, Groningen and Sermeus, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>D-catch instrument, hospitals, instrument development, nursing</i> - <i>Documentation, nursing process evaluation, psychometric testing</i> 	<i>Quantity and quality</i>	Instrumen d-catch adalah instrumen pengukuran yang valid dan dapat diandalkan Untuk menilai dokumentasi keperawatan dalam pengaturan rumah sakit umum
8	Standar pendokumentasian asuhan terintegrasi di ruang perawatan interna rinra sayang 2 di rsud haji makassar (Asmy Ulul A., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Standar dokumentasi - Asuhan terintegrasi 	Kuantitatif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua multidisiplin mendokumentasikan sesuai dengan prosedur standar pendokumentasian asuhan terintegrasi dengan menggunakan format SOAP dalam pengisian lembar catatan perkembangan pasien berdasarkan spo yang telah ditetapkan oleh rumah sakit serta mengacu pada standar KARS. 2. Penerapan pendokumentasian asuhan terintegrasi yang

No.	Judul karya ilmiah & penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
				dilakukan oleh tenaga kesehatan sudah sesuai dengan prosedur standar pendokumentasian
				3. Adanya hambatan atau kesulitan dalam mengisi lembar formulir dokumentasi asuhan terintegrasi yaitu tenaga kesehatan lebih berfokus ke BRM (berkas rekam medik), beban kerja yang cukup tinggi, dan terkendala dengan waktu.
9	Penerapan model pendokumentasian asuhan Terintegrasi di rsud haji makassar Provinsi sulawesi selatan (Haslinda, 2017)	- Model - Asuhan terintegrasi	Kuantitatif	1. Mendokumentasikan sesuai dengan persyaratan asuhan terintegrasi yaitu menggunakan format SOAP dalam pengisian pendokumentasiannya sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. 2. Penerapan pendokumentasian asuhan terintegrasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sudah sesuai dengan persyaratan asuhan terintegrasi
10	Analisis kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan terintegrasi pasien rawat jalan sesuai soap di RSPAU dr. S. Hardjolukito yogyakarta (Afandi Ahmad., 2015)	- Analisis - formulir rawat jalan - SOAP	Kualitatif	Hasil analisis dari 100 BRM diperoleh hasil persentase kelengkapan pencatatan sesuai SOAP Sebesar 58% dan pencatatan tidak lengkap sesuai soap sebanyak 42%. Faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian adalah kesibukan individu yang mengisi formulir CPPT dikarenakan banyaknya pekerjaan, dan belum adanya item khusus untuk pengisian

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Gambar 3.1 menjelaskan tentang dimana dimulai dari melakukan evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus sebanyak 287 dokumen rekam medik. Hasil evaluasi tersebut akan dikembangkan sebuah instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus melalui *Focus Group Discussion*. Selanjutnya menyusun Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus karena di RSUD. dr. R. Koesma belum ada. Pelaksanaan penulisan CPPT dicatat dalam bentuk SOAP dimana terdapat Data Subyektif, Data Obyektif, *Assesment* dan *Planning*. Selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada instrumen. Setelah itu dilakukan suatu sosialisasi kepada perawat supaya melaksanakan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dan melakukan uji coba untuk mengetahui instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Selanjutnya menilai kemampuan dan pendapat perawat tentang pelaksanaan tersebut. Kemudian menyusun sebuah modul instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui FGD. Sehingga dari modul tersebut peneliti bisa memberikan rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai rancangan penelitian, populasi, sampel, variabel, definisi operasional, alat pengumpulan data, analisis data, kerangka operasional, prosedur pengumpulan data, lokasi dan waktu penelitian serta etik penelitian.

Desain dalam penelitian ini adalah *research and development* (R&D) yang terdiri dari dua tahap. Penelitian ini merupakan pendekatan yang biasanya digunakan untuk meningkatkan kondisi dan praktek di lingkungan kesehatan, yang bertujuan untuk membawa perubahan pada hal-hal yang spesifik. *Research and Development* (R & D) membentuk pengetahuan berdasarkan kejadian spesifik dan berupa konteks praktis. Semua partisipan dalam penelitian idealnya terlibat di dalam proses pengumpulan data, analisis data, perencanaan dan tindakan, validasi fakta/bukti, pemikiran kritis, sebelum menerapkan hasil penemuan penelitian untuk memperbaiki keadaan di lahan praktek mereka. Pendekatan ini mengaitkan antara metode penelitian kualitatif dan kuantitatif yang keduanya saling melengkapi.

Metode kualitatif dalam penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dan metode kuantitatif dalam penelitian ini dilakukan untuk menguji validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Keuntungan dari riset ini adalah proses penelitian dan hasil dari penelitian memiliki makna yang

lebih bagi peneliti berdasarkan sumber data yang nyata pada praktek sehari-hari, selain itu juga hasil penemuan dalam proses penelitian merupakan umpan balik dari para partisipan sebagai bahan dalam validasi hasil penelitian.

Jenis penelitian didasarkan pada beberapa tahap penelitian. Tahap pertama adalah eksplorasi. Tahap ini menggunakan desain eksplanatif. Desain eksplanatif pada penelitian ini dilakukan terlebih dahulu untuk menemukan penjelasan tentang suatu kejadian atau gejala terjadi. Hasil akhir adalah gambaran mengenai pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang akan diterapkan di ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Tahap kedua melakukan uji validitas dan reliabilitas dan dilanjutkan dengan melakukan sosialisasi teknis pelaksanaan penggunaan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Tahap berikutnya evaluasi pelaksanaan penggunaan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus oleh perawat, menyusun modul instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui *Focus Group Discussion* dan diskusi pakar. Tahap akhir yaitu melakukan uji coba instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

4.1 Penelitian Tahap 1

Penelitian pada tahap ini akan menggali informasi tentang :

- 1) Evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban
- 2) Proses penyusunan pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui *Focus Group Discussion* (FGD) 1
- 3) Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus
- 4) Validitas & reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

4.1.1 Populasi

Populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini berbeda-beda disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian.

Populasi DRM pada tahap 1 ini yaitu 287 dokumen rekam medis di Ruang Teratai (untuk pasien perempuan dengan penyakit dalam) dan Ruang Asoka (untuk pasien laki-laki dengan penyakit dalam) RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Partisipan untuk kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) yaitu Kepala bidang keperawatan, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala ruang rawat inap dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP) sebanyak 9 di ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Partisipan FGD tahap 1 ini diharapkan mampu memberikan saran dan

masuk tentang pelaksanaan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang diharapkan oleh perawat dan yang akan dikembangkan oleh peneliti disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan.

4.1.2 Sampel

Sampel yang diambil dalam penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik *sampling* berupa *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2015). *Purposive sampling* yaitu proses pemilihan sampel sesuai dengan tujuan dan tergantung dari informasi yang dibutuhkan oleh peneliti tanpa memperhitungkan bagaimana partisipan awal dipilih (Pollit Hungler, 1997). Sampel pada tahap 1 yaitu Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus yang digunakan untuk menilai evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus dan perawat di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban sebanyak 20 DRM/ruang yang digunakan untuk menilai validitas dan reliabilitas instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus, dengan menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria untuk perawat

1) Kriteria inklusi

- a. Memiliki pengalaman kerja ≥ 1 tahun.
- b. Pendidikan minimal D3 Keperawatan.

- 2) Kriteria eksklusi
 - a. Tidak bersedia terlibat dalam penelitian.
 - b. Berhalangan hadir saat penelitian atau sedang cuti.
2. Kriteria untuk instrumen CPPT
 - 1) Kriteria inklusi
 - a. Rekam medik pasien yang telah pulang dan telah di rawat minimal ≥ 3 (tiga) hari diruangan yang bersangkutan.
 - b. Data dikumpulkan sebelum berkas rekam medik pasien dikembalikan pada bagian *Medical Record* Rumah Sakit.
 - 2) Kriteria eksklusi
 - a. Rekam medik pasien yang telah pulang dan telah di rawat < 3 (tiga) hari diruangan yang bersangkutan.
 - b. Data dikumpulkan sesudah berkas rekam medik pasien dikembalikan pada bagian *Medical Record* Rumah Sakit.

4.1.3 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu pengembangan dan melakukan uji coba untuk mengetahui instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang ada di ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, sebelumnya dievaluasi terlebih dahulu oleh peneliti selanjutnya melalui FGD, peneliti memaparkan hasil evaluasi dan menyusun pengembangan dan melakukan uji coba untuk mengetahui instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Hasil pengembangan di rancang melalui

pengumpulan data mengenai pelaksanaan dan melakukan uji coba untuk mengetahui instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang diharapkan oleh Kepala bidang keperawatan, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala ruang rawat inap dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP). Peneliti selanjutnya melakukan uji validitas dan reliabilitas pengembangan dan melakukan uji coba untuk mengetahui instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang dikembangkan dan disusun berdasarkan hasil FGD.

Tabel 4.1 Variabel penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk penelitian tahap 1

Variabel	Keterangan	Indikator
X1	Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	X1.1=Evaluasi dokumen catatan perkembangan pasien terintegrasi perawat pada pasien Diabetes Mellitus
		X1.2=Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui FGD (<i>Focus Group Discussion</i>)
		X1.3=Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus
		X1.4=Validitas instrumen
		X1.5=Reliabilitas instrumen

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	Evaluasi dokumen catatan perkembangan pasien terintegrasi perawat pada pasien Diabetes Mellitus	Suatu cara untuk menevaluais dokumen evaluasi asuhan keperawatan melalui telusur rekam medis	a. Data Subyektif: lemas, mual, muntah, pusing, nyeri (bengkak) b. Data Obyektif: lemah, tekanan darah, GDA c. Assesment: Nyeri akut, Ketidakseimbangan Nutrisi, Ketidakstabilan kadar glukosa darah, Risiko ketidakseimbangan elektrolit, gangguan perfusi jaringan, Resiko Infeksi, Keletihan dan Ketidakefektifan Manajemen kesehatan. d. Plan: Masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah teratasi.			
	Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	Suatu cara untuk memperbaiki instrumen evaluasi asuhan keperawatan dengan menambahkan komponen yang terdapat melalui <i>focus group discussion</i> (FGD)	Diskusi terarah mengenai: a. Kondisi instrumen CPPT saat ini menurut pandangan PPJP rawat inap dan perawat manajerial yaitu Kepala bidang keperawatan, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala ruang rawat inap	Panduan FGD 1	-	-

Variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	melalui <i>focus group discussion</i> (FGD)		b. Harapan Kepala bidang keperawatan, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap,dan Kepala ruang rawat inap terhadap instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus			
	Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus	Pedoman untuk mengevaluasi dokumen catatan perkembangan pasien terintegrasi perawat pada pasien Diabetes Mellitus	SAK DM meliputi: a. Pengertian (Definisi) b. Assesmen Keperawatan c. Diagnosis Keperawatan d. Kriteria Evaluasi/ <i>Nursing Outcome</i> e. Intervensi Keperawatan f. Informasi dan Edukasi g. Evaluasi h. Penelaah Kritis i. Kepustakaan	Lembar Format SAK DM		
	Validitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien	Keandalan pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dalam pengumpulan data	Relevan isi instrumen: a. Data Subyektif: lemas, mual, muntah, pusing,nyeri (bengkak) b. Data Obyektif: lemah, tekanan darah, GDA c. Assesment: Nyeri akut, Ketidakseimbangan Nutrisi, Ketidakstabilan kadar glukosa	Kuisisioner	Nominal	Kode 1: diisi lengkap dan akurat 0: tidak diisi lengkap dan akurat Katagori Valid : R hitung > r tabel

Variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	Diabetes Mellitus	dilihat dari hasil pelaksanaan pendokumentasian	darah, Risiko ketidakseimbangan elektrolit, gangguan perfusi jaringan, Resiko Infeksi, Keletihan dan Ketidakefektifan Manajemen kesehatan. d. Plan: Masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah teratasi.			Tidak valid : $R_{hitung} \leq r_{tabel}$
	Reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	Kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan melalui pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus bila diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan	a. Stabilitas (hampir tidak terdapat perubahan hasil total nilai pada responden jika model diujikan dalam waktu yang berulang kali) b. Homogenitas (antara responden memiliki total nilai indikator validitas dengan hasil yang hampir sama)	Kuesioner	Nominal	Reliabel : $R_{hitung} > r_{tabel}$ Tidak Reliabel : $R_{hitung} \leq r_{tabel}$

4.1.4 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian tahap 1 ini adalah :

1) Lembar observasi tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Lembar *check list* terlampir pada lampiran 10.

2) Panduan Focus Group Discussion (FGD) 1

Panduan FGD 1 ini disusun oleh peneliti dengan tujuan untuk mengeksplorasi pendapat perawat pelaksana dan perawat manajerial tentang kondisi pelaksanaan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi saat ini dan harapan mereka terhadap penggunaan instrumen catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan yang lebih baik sehingga dari FGD tersebut terdapat kesepakatan bersama tentang bentuk pengembangan instrumen catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Panduan FGD 1 terlampir pada lampiran 23.

3) Validitas dan reliabilitas

1) Validitas

Sebelum melakukan penelitian, alat ukur diuji coba terlebih dahulu. Uji coba alat ukur dilakukan dengan menyebar kuesioner kepada sejumlah partisipan yang bukan subjek pada penelitian ini untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen maka dilaksanakan uji coba terhadap 20 DRM di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Responden dalam uji coba instrumen ini sejumlah 8 perawat di ruang Teratai dan Asoka.

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan dengan analisis faktor menggunakan alat bantu uji statistik. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah pernyataan pada kuesioner layak untuk diteliti. Pernyataan dinyatakan valid atau layak apabila $r \text{ hitung} > r \text{-tabel}$.

Hasil uji coba ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur. Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2016). Pentingnya uji validitas adalah untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi *product moment* sebagai berikut:

Item instrumen dianggap valid jika $r \text{ hitung} > 0,05$ atau bisa membandingkannya dengan $r \text{ tabel}$. Jika $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$ maka item instrumen dianggap valid.

Penilaian pelaksanaan dinilai berdasarkan hasil pengisian instrumen oleh perawat sesuai dengan CPPT dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

2) Reliabilitas

Penilaian reliabilitas instrumen bergantung pada proses penilaian validitas instrumen sehingga lembar observasi reliabilitas instrumen menjadi satu dengan validitas instrumen. Pada pengukuran validitas

instrumen akan didapatkan total skor dari masing-masing instrumen (berdasarkan penjumlahan kode) yang diisi oleh responden (perawat).

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan memiliki konsistensi, stabilitas dan akurat (Anastasia dan Urbinia, 1997). Untuk uji reliabilitas dilakukan pengujian berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan teknik *Cronbach Alpha* (α) dengan $\alpha > 0,50$ (Ghozali, 2005). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2016). Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala *alpha cronbach* 0 sampai 1. Item kuesioner dianggap reliabel jika ukuran kemantapan *alpha* $> 0,6$. Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

Nilai *alpha Cronbach* 0,00 s.d 0,20, berarti kurang reliabel

Nilai *alpha Cronbach* 0,21 s.d 0,40, berarti agak reliabel

Nilai *alpha Cronbach* 0,41 s.d 0,6, berarti cukup reliabel

Nilai *alpha Cronbach* 0,61 s.d 0,80, berarti reliabel

Nilai *alpha Cronbach* 0,81 s.d 1,00, berarti sangat reliabel.

4.1.5 Analisis data Tahap 1

1) Analisis deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi katagori masing-masing sub variabel yaitu data untuk lembar checklist tentang evaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT dan kegiatan FGD. Analisa data untuk kegiatan FGD didapatkan berdasarkan hasil rekaman audiovisual percakapan/catatan lapangan (*field notes*) selama diskusi FGD berlangsung. Hasil selama diskusi akan disalin dan dianalisis menurut tema-tema. Peneliti juga akan meningkatkan ketekunan pengamatan dengan menggunakan rekaman audio visual untuk menganalisis konteks.

Uji validitas dan reliabilitas untuk kegaitan FGD dilakukan dengan :

- (1) Uji *creadibility* (validitas internal) dengan triangulasi sumber, metoda dan member check dari pemberi data. Triangulasi sumber diperoleh dari jajaran bidang keperawatan pada saat FGD. Triangulasi metode, yaitu pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan observasi dan diskusi kelompok. Member *check* akan dilakukan pada saat FGD berkaitan dengan hal-hal yang ditemukan dalam identifikasi menggunakan lembar observasi. Partisipan akan memberikan opini dan klarifikasi masalah yang diangkat sebagai *issue strategis*. Peningkatan ketekunan pengamatan selama proses diskusi. Diskusi dilakukan dengan bantuan alat bantu perekam suara maupun audivisual pada saat FGD berlangsung.

- (2) *Transferability* (validitas eksternal) dilakukan dengan cara memberikan deskripsi yang mendalam pada setiap kategori tema-tema hasil penelitian.
- (3) *Dependability* (reliabilitas) dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian, mulai dari data mentah, data yang direduksi, rekonstruksi data, catatan proses penyelenggaraan, bahan yang berkaitan dengan proses dan tujuan, informasi tentang pengembangan instrumen.
- (4) *Confirmability* (obyektivitas) untuk menghilangkan subyektifitas dan ketertarikan dari peneliti dengan cara meminta evaluasi atau umpan balik dari pihak responden/partisipan tentang hasil penelitian.

2) Analisis Inferensial

Analisis inferensial pada penelitian ini terdiri dari:

- (1) Analisis uji validitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Penilaian validitas selanjutnya dilakukan uji validitas menggunakan *Product Moment Pearson Correlation*. Uji validitas ini menggunakan prinsip menghubungkan antara masing-masing skor item dengan skor total yang diperoleh dalam penelitian. Dasar pengambilan keputusan dari uji ini adalah jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka instrument dinyatakan valid (Hidayat, 2014).
- (2) Analisis uji reliabilitas. Uji instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan

teknik *cronbach alpha*. Dasar pengambilan keputusan dari uji ini adalah jika nilai r hitung (nilai *cronbach alpha*) > dari r tabel maka dinyatakan reliabel (Hidayat, 2014).

4.2 Penelitian Tahap 2

Penelitian pada tahap ini akan menggali informasi tentang :

- 1) Pelaksanaan sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.
- 2) Penilaian kemampuan dan pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.
- 3) Rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui *Focus Group Discussion* (FGD) 2.

4.2.1 Populasi Tahap 2

Populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini terbagi menjadi 2 bagian. Populasi pada tahap 2 ini berjumlah 20 DRM/ruang dan 4 perawat/ruang. Total perawat yang terdapat di Ruang Teratai dan Asoka sejumlah 20 perawat.

4.2.2 Sampel Tahap 2

Sampel yang diambil dalam penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik *sampling* berupa *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2015). *Purposive sampling* yaitu proses pemilihan sampel sesuai dengan tujuan dan tergantung dari informasi yang dibutuhkan oleh peneliti tanpa memperhitungkan bagaimana partisipan awal dipilih (Pollit Hungler, 1997). Sampel dalam penelitian ini juga terbagi menjadi 2 bagian.

Sampel pertama yaitu perawat di ruang Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban sejumlah 2 perawat/ruangan dan hasil pencatatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien DM yang diisi oleh perawat sejumlah 4 DRM/ruang. dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi:

1. Kriteria untuk perawat

1) Kriteria inklusi

Perawat yang hadir saat kegiatan pelatihan cara pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

2) Kriteria eksklusi

- a) Tidak bersedia terlibat dalam penelitian.
- b) Berhalangan hadir saat penelitian atau cuti

2. Kriteria untuk instrumen evaluasi asuhan keperawatan

1) Kriteria inklusi

Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

2) Kriteria eksklusi

Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dengan komplikasi.

Sampel kedua atau disebut dengan partisipan yaitu untuk kegiatan FGD terdiri dari Kepala bidang keperawatan,, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala Ruang Teratai dan Asoka dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP) Ruang Teratai dan Asoka sejumlah 7 partisipan.

4.2.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Tahap 2

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang telah dirancang dan disosialisasikan selanjutnya di nilai berdasarkan kemampuan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian CPPT di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Tabel 4.3 Variabel penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk penelitian tahap 2

Variabel	Keterangan	Indikator
X1	Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	X1.1 Evaluasi penilaian kemampuan dan pendapat perawat tentang penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus
		X1.2 Rekomendasi pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)

Tabel 4.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
(X1) Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	X1.1	Penilaian keberhasilan pelaksanaan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban dilihat dari segi kemampuan dan pendapat perawat	1. Perawat mampu mengisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus	Observasi	Ordinal	Skor Benar = 1 Salah = 0 Kategori Baik = $\geq 75\%$ Cukup = 51-74% Kurang = $\leq 50\%$
			2. Pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan yang menilai aspek : a. <i>Functionality</i> kuesioner nomor: 1-5 b. <i>Efficeincy</i> instrumen kuesioner nomor: 6-10 c. <i>Usability</i> kuesioner nomor: 11-15	Kuisisioner	Ordinal	Skor Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Kurang setuju = 3 Tidak setuju = 4 Sangat tidak setuju = 5 Kategori Baik = $\geq 75\%$ Cukup = 51-74% Kurang = $\leq 50\%$
	X1.2	Suatu cara untuk menginformasikan tentang hasil pengembangan instrumen evaluasi	Diskusi terarah mengenai: a. Aspek fungsi yang diinginkan dalam instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam	Panduan FGD 2		

Variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus melalui <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dengan menambahkan komponen yang terdapat dalam melalui <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 2	format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus (<i>Functionality</i>) b. Efisiensi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus (<i>Efficeincy</i>) c. Kemudahan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus (<i>Usability</i>)			

4.2.4 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian pada tahap 2 ini adalah :

- 1) Lembar evaluasi penilaian kemampuan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan untuk menilai hasil evaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Lembar evaluasi terlampir pada lampiran 19:

Penilaian skor terdiri dari :

Benar (lengkap dan akurat) = 1

Salah (tidak lengkap dan tidak akurat) = 0

Kategori skor :

Baik = $\geq 75\%$

Cukup = 51-74%

Kurang = $\leq 50\%$

- 2) Lembar kuisisioner untuk menilai pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Kuisisioner ini disusun untuk menilai pelaksanaan pendokumentasian CPPT melalui sudut pandang perawat. Parameter yang digunakan untuk menilai kuisisioner ini mengadopsi konsep karakteristik instrumen. Selanjutnya peneliti memodifikasi dan mengambil komponen yang sesuai dengan karakteristik kualitas instrumen yang masih menggunakan kertas (*paper based*) yaitu (1) fungsi yang diinginkan telah tersedia (*functionality*); (2) efisiensi dalam penggunaan

instrumen (*efficiency*); (3) kemudahan instrumen untuk digunakan (*usability*).

Penilaian skor instrumen terdiri dari :

- (1) Sangat setuju : 4
- (2) Setuju : 3
- (3) Tidak setuju : 2
- (4) Sangat tidak setuju : 1

Kategori skor :

Baik = $\geq 75\%$

Cukup = 51-74%

Kurang = $\leq 50\%$

Lembar kuesioner terlampir pada lampiran 21.

3) Panduan FGD Tahap 2

Panduan FGD ini disusun oleh peneliti dengan tujuan untuk penyampaian rekomendasi hasil penelitian. Panduan FGD terlampir pada lampiran 24.

4.2.5 Analisis data Tahap 2

1) Analisis deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi.

Kategori masing-masing sub variabel yaitu:

- (1) Distribusi frekuensi hasil observasi penilaian kemampuan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian CPPT
- (2) Distribusi frekuensi yang menunjukkan hasil tentang pendapat perawat mengenai pelaksanaan penggunaan instrumen evaluasi asuhan

keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

2) Analisis Inferensial

Analisis data yang digunakan untuk mengetahui pengaruh pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus menggunakan uji *cronbach alpha*.

4.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2015). Proses pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data sebagai berikut :

1) Tahap persiapan

- (1) Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan izin dari bagian akademik. Fakultas keperawatan dan izin dari RSUD. dr. R. Koesma Tuban
- (2) Setelah mendapat izin penelitian dari pihak RSUD. dr. R. Koesma Tuban, peneliti memberikan penjelasan dan *informed consent* kepada partisipan (subyek penelitian yang mengikuti kegiatan FGD baik pada tahap 1 dan tahap 2 dan responden yaitu perawat ruang rawat inap. Responden pertama sejumlah 20 DRM untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen. Responden pada tahap 2 sejumlah 4 responden untuk mengukur kemampuan perawat dalam pengisian instrumen

evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dan menilai pendapat perawat tentang instrumen yang telah dikembangkan. Lembar penjelasan dan *informed consent* terlampir pada lampiran 2.

- (3) Peneliti selanjutnya memberikan *informed consent* kepada partisipan dan responden. Peneliti meminta kepada partisipan dan responden untuk menandatangani lembar persetujuan terlibat dalam penelitian sebagai partisipan dan responden setelah memberikan penjelasan bagaimana proses penelitian. Setelah calon partisipan dan responden bersedia menandatangani lembar *informed consent*, peneliti mengumpulkan data berdasar proses pengambilan *sampling*.

2) Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan yang dilaksanakan dalam penelitian ini di bagi menjadi tiga tahap yaitu:

- (1) Tahap pertama, peneliti melakukan pengambilan data dengan mengidentifikasi data dari karakteristik responden dan partisipan. Karakteristik responden dan partisipan yaitu perawat diambil berdasarkan umur, jenis kelamin, lama kerja dan pendidikan terakhir. Setelah mengetahui data dasar dari karakteristik responden dilanjutkan dengan peneliti mengobservasi dan mengevaluasi tentang instrumen CPPT pada Diabetes Mellitus yang selama ini berlangsung di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Kriteria dalam melakukan evaluasi berdasarkan standar asuhan keperawatan Depkes RI. Kegiatan selanjutnya adalah diskusi melalui *Focus Group Discussion* (FGD) yang melibatkan

Kepala bidang keperawatan, Komite keperawatan, Kepala mutu profesi, Kepala instansi ruang rawat inap, Kepala ruang rawat inap dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP) dan perawat di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. FGD ini bertujuan untuk memaparkan hasil observasi yang sudah dilakukan oleh peneliti pada kegiatan sebelumnya, selanjutnya meminta pendapat dari para partisipan tentang pelaksanaan pendokumentasian CPPT yang diharapkan sebagai bahan acuan bagi peneliti dalam menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Peneliti selanjutnya melakukan uji validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Peneliti ikut mendampingi setiap responden saat melaksanakan CPPT karena peneliti dijadikan acuan dalam menentukan apakah cara mengisi responden lengkap dan akurat atau tidak.

- (2) Tahap kedua adalah tahap sosialisasi pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus kepada perawat agar terdapat persamaan persepsi antara perawat dalam melaksanakan pengisian instrumen CPPT. Rencana pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan terlampir pada lampiran 26. Peneliti ikut mendampingi setiap responden saat melaksanakan pendokumentasian CPPT karena peneliti dijadikan acuan dalam menentukan apakah cara mengisi

responden lengkap dan akurat atau tidak. Selanjutnya peneliti mengevaluasi hasil penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dalam pendokumentasian oleh perawat yang di catat dalam lembar *observasi*. Hasil evaluasi tersebut akan menunjukkan tingkat kemampuan perawat dalam memahami instrumen tersebut. Selanjutnya peneliti akan membagi kuesioner tentang pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Kuisisioner ini diberikan kepada seluruh responden baik pada tahap 1 dan tahap 2. Selanjutnya hasil evaluasi dan pendapat perawat didiskusikan dalam *Focus Group Discussion* (FGD) dan hasilnya dirumuskan dalam sebuah modul.

- (3) Tahap ketiga adalah tahap uji coba instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

4.4 Lokasi dan waktu penelitian

4.4.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Lokasi ruang rawat inap Teratai dan Asoka dipilih karena ruangan tersebut sangat layak digunakan untuk pengembangan instrumen karena kajadian kasus penyakit Diabetes Mellitus yang selalu ada setiap bulan.

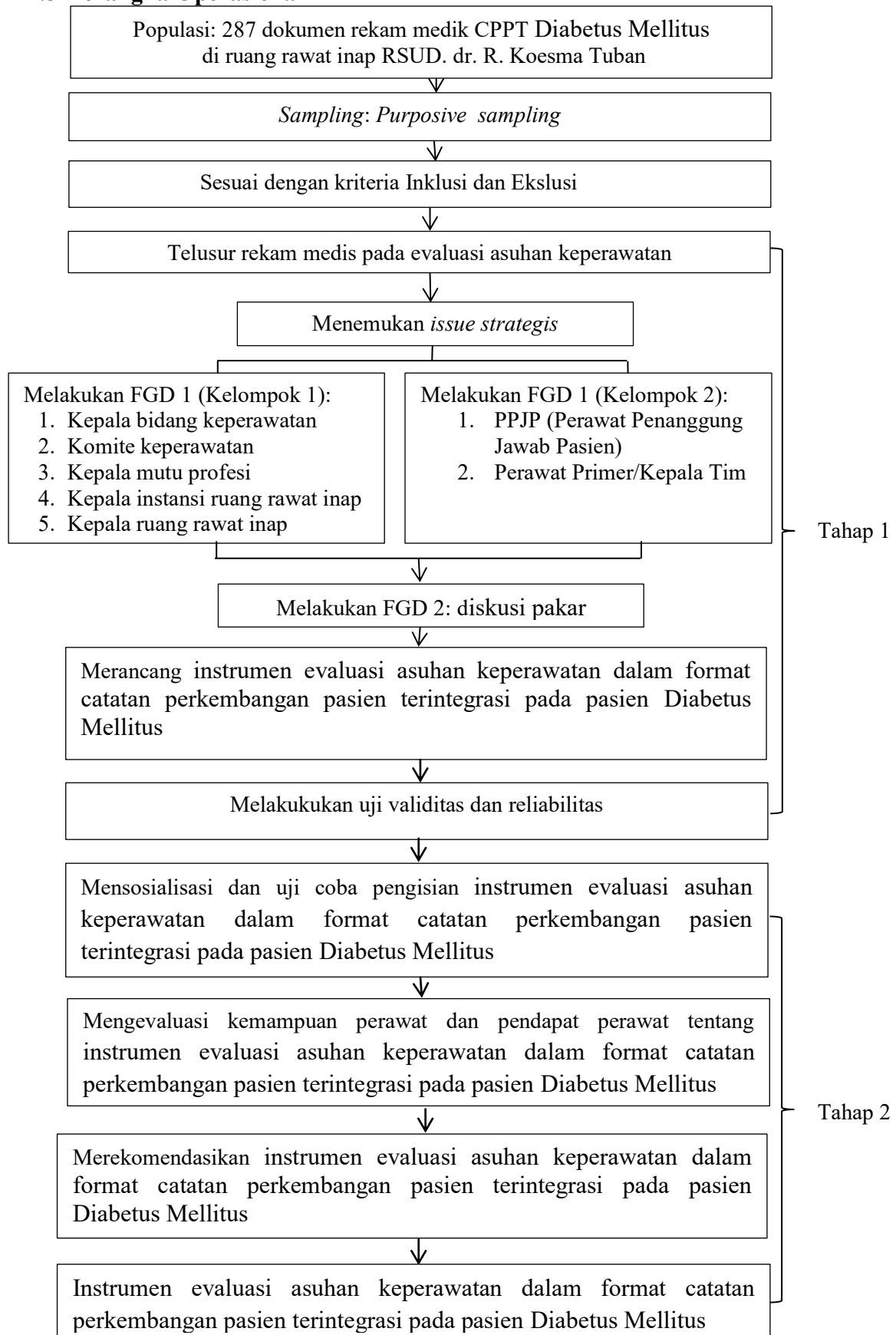
4.4.2 Waktu penelitian

Waktu dapat dilihat pada tabel 4.5 di bawah ini :

Tabel 4.5 Jadwal penelitian pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

No	Kegiatan	Waktu pelaksanaan (2017-2018)									
		Okt 2017	Nov 2017	Des 2017	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mei 2018	Juni 2018	Juli 2018
1	Penyusunan proposal dan ujian pra proposal tesis										
2	Ujian proposal tesis										
3	Uji etik										
4	Pelaksanaan penelitian										
5	Ujian hasil dan ujian tesis										

4.5 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional

4.6 Etik penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin ke Direktur RSUD Dr. R. Koesma Tuban untuk melakukan penelitian di RSUD dr. R. Koesma Tuban. Meminta izin ke masing-masing Koordinator Pelayanan Keperawatan, Kepala Ruangan, PPJP untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan, kegiatan pengumpulan data bisa dilakukan dengan menekankan pada masalah etik dan telah lolos kaji etik Nomor 674-KEPK pada tanggal 27 Februari 2018:

4.6.1 *Informed consent*

Responden dalam penelitian ini adalah perawat penanggung jawab pasien dan kepala ruangan rawat inap di RSUD. dr. R. Koesma Tuban Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.6.2 *Anominity*

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden atau subyek penelitian tidak harus dicantumkan. Penelitian akan memberikan kode-kode pada tiap lembar observasi maupun di laporan *Focus Group Discussion* (FGD).

4.6.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Peneliti juga akan menjaga kerahasiaan rekam medis yang digunakan sebagai sampel penelitian.

4.6.4 *Beneficiency dan nonmaleficiency*

Prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semata-mata untuk memberi manfaat pada responden. Perlakuan di semua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini disajikan hasil penelitian dan analisis penelitian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus. Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 10 Juni-07 Juli 2018

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) hasil dan analisis penelitian pada tahap 1; 3) hasil dan analisis penelitian pada tahap 2; 4) temuan penelitian.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD dr. R. Koesma Tuban terletak di Jalan Dr. Wahidin Sudiro Husodo 800 Tuban merupakan Rumah Sakit tipe B dengan kapasitas 301 tempat tidur dan merupakan satu-satunya Rumah Sakit milik pemerintah Kabupaten Tuban yang memberikan pelayanan kepada masyarakat umum dan terbagi menjadi 14 ruangan, yaitu: Graha Aryo Tedjo, Ruang Anggrek (untuk pasien dengan penyakit saraf), Ruang Teratai (untuk pasien perempuan dengan penyakit dalam), Ruang Teratai (untuk pasien laki-laki dengan penyakit dalam), Ruang Bougenfil (untuk pasien bedah laki-laki), Ruang Teratai (untuk pasien bedah perempuan), Ruang Mawar (untuk pasien dengan penyakit paru-paru), Ruang Melati (untuk pasien anak kelas 2 dan 3), Ruang Flamboyan (untuk pasien nifas), Ruang Anyelir (untuk pasien anak kelas 1), Ruang ICU, Ruang HCU, Ruang Perinatologi dan VK *Obgin*.

Visi RSUD dr. R. Koesma Tuban adalah menjadi pusat rujukan dan pelayanan kesehatan yang profesional dengan mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien. Misi RSUD dr. R. Koesma Tuban, adalah 1) Meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien; 2) Meningkatkan kompetensi dan kesejahteraan sumber daya manusia; 3) Meningkatkan sarana, prasarana dan peralatan yang canggih dan berkualitas sesuai dengan standar; 4) Menyelenggarakan pengelolaan Rumah Sakit secara transparan, akuntabel, efisien, dan efektif. Motto RSUD dr. R. Koesma Tuban adalah peduli dan ramah. Tujuan RSUD dr. R. Koesma Tuban adalah 1) tercapainya kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan yang terakreditasi; 2) terpenuhinya pelayanan sesuai standar melalui tenaga profesional dan terlatih; 3) tercapainya RSUD dr. R. Koesma menjadi pusat rujukan daerah sekitar; 4) terwujudnya tarif layanan yang kompetitif dan terjangkau bagi masyarakat.

Pelayanan kesehatan di ruang rawat inap RSUD dr. R. Koesma Tuban didukung oleh tenaga medis sebanyak 373 orang, tenaga keperawatan sebanyak 258 orang, bidan 27 orang, anastesi 5 orang, tenaga kefarmasian sebanyak 18 orang, tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 6 orang, tenaga gizi sebanyak 9 orang, tenaga keterampilan fisik sebanyak 4 orang, tenaga keteknisan fisik sebanyak 28 orang dan tenaga non medis sebanyak 191 orang.

Kebijakan Mutu RSUD dr. Koesma Kabupaten Tuban menyatakan komitmennya bahwa:

1. Setiap pegawai mulai dari direktur sampai dengan pelaksana harus terlibat dan berkontribusi dalam program peningkatan mutu serta harus memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan sesuai dengan tugas masing-masing,

memastikan bahwa setiap pegawai memenuhi tuntutan/kebutuhan pelanggan sejak awal, setiap saat dengan tetap berpegang teguh dengan visi, misi, dan tujuan RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

2. Semua pelayanan tanpa terkecuali harus memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan secara rasional maupun internasional. Yang dikemas sesuai dengan kebutuhan pelanggan demi terwujudnya pelayanan yang bermutu di RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.
3. Semua pegawai melaksanakan pekerjaan masing-masing dengan benar dan tepat sejak awal.
4. Pelayanan yang diberikan kepada pelanggan harus efisien namun tanpa cacat ataupun kegagalan serta memenuhi kebutuhan serta keinginan pelanggan.

5.2 Hasil dan Analisis Penelitian Tahap 1

5.2.1 Hasil Evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Bagian ini menguraikan karakteristik 287 DRM catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Hasil tabulasi data DRM tahap 1 bisa dilihat pada lampiran 14 dan dijelaskan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Karakteristik Dokumen CPPT Tahap 1 penelitian pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

No	Karakteristik Instrumen Evaluasi asuhan keperawatan	Data	Σ
1	S (Data Subyektif)	Lemas	246
		Nyeri (bengkak)	239
		Muntah	117
		Mual	79

No	Karakteristik Instrumen Evaluasi asuhan keperawatan	Data	Σ
2	O (Data Obyektif)	Pusing	65
		Tekanan darah	287
		Gula darah acak	193
		Lemah	189
3	A (<i>Assesment</i>)	Nyeri akut (0077)	256
		Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129)	178
		Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027)	164
		Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037)	125
		Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116)	37
4	P (<i>Planning</i>)	Masalah belum teratasi	287
		Masalah teratasi sebagian	263
		Hentikan intervensi	49

Tabel 5.1 menginformasikan tentang dokumen CPPT dilihat dari segi dokumentasi data didapatkan pada 287 (100%) dokumen rekam medis, didapatkan bahwa pada data Subyektif yang ditulis perawat yaitu 246 menuliskan lemas. Pada data Obyektif didapatkan bahwa 287 terdapat tekanan darah. *Assesment* diagnosa Nyeri akut paling sering dituliskan perawat sebanyak 256 sedangkan pada *health* edukasi jarang sekali terdokumentasikan oleh perawat hanya 37. *Plan* didapatkan bahwa 287 masalah belum teratasi dikarenakan peneliti melakukan telusur rekam medis dengan hanya melihat SOAP awal dengan minimal hari rawatan ketiga di ruang rawat inap.

Tabel 5.2 Hasil observasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT di RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Instrumen Evaluasi	Keterangan	Kategori
a. Menggambarkan perkembangan tiap masalah pasien yang telah dilakukan tindakan keperawatan (dapat berupa SOAP	a. Instrumen evaluasi keperawatan berupa SOAP yang di susun agar bisa menggambarkan perkembangan	Instrumen evaluasi asuhan keperawatan belum mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit

Instrumen Evaluasi	Keterangan	Kategori
	status kesehatan pasien	
b. Evaluasi	keperawatan yang berupa isian tertulis.	
b. Evaluasi menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan	hasil Evaluasi berupa isian tertulis sehingga kesesuaian dalam menuliskan indikator evaluasi dan indikator yang ada pada rumusan tujuan tergantung dari analisis perawat dalam mendokumentasikan evaluasi keperawatan	
c. Tanda tangan dan nama terang perawat	Sudah terdapat tempat untuk menuliskan tanda tangan dan nama terang perawat	

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, maka dapat dilihat bahwa seluruh instrumen evaluasi asuhan keperawatan belum mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Oleh karena itu asuhan keperawatan pada lembar CPPT yang ditulis perawat belum sesuai standar karena memang belum ada SPO penulisan SOAP pada pasien DM.

5.2.2 Hasil pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui Focus Group Discussion (FGD) 1

Kegiatan FGD dilaksanakan dengan tujuan untuk menambah informasi bagi peneliti mengenai kondisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus menurut pandangan perawat yang ada di RSUD. dr. R. Koesma Tuban dan

sebagai dasar dalam penyusunan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang sesuai dengan harapan partisipan.

Pada bagian ini akan diuraikan karakteristik 9 partisipan FGD yang diikuti oleh bidang keperawatan, bidang mutu pelayanan, bidang rekam medik, kepala instalasi IRNA, kepala ruangan dan perawat penanggung jawab pasien/katim/perawat primer di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Hasil tabulasi data partisipan FGD tahap 1 bisa di lihat pada lampiran 13.

Dari hasil tabulasi tersebut menunjukkan bahwa partisipan FGD masih termasuk dalam kategori usia dewasa akhir dengan pengalaman kerja yang cukup lama sehingga bisa memberikan gambaran tentang kebutuhan mengenai instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi di setiap ruangan.

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 28 Juni 2018 di Ruang Komite Keperawatan RSUD. dr. R. Koesma Tuban dan terdapat 9 peserta. Hasil dari kegiatan FGD tentang evaluasi instrumen CPPT terlihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Hasil FGD tentang evaluasi instrumen CPPT oleh partisipan di RSUD. dr. R. Koesma Tuban, 28 Juni 2018.

No.	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
1	Penulisan SOAP belum sesuai Standar	1. Instrumen evalausi keperawatan berupa format isian tertulis yang di tulis oleh perawat dan tidak diisi oleh perawat yang bertanggung jawab mengevaluasi perkembangan pasien	1. Kegiatan menuliskan evaluasi keperawatan cukup menyita waktu perawat. 2. Menyusun SPO penulisan SOAP yang sesuai standar.	a. Instrumen evaluasi keperawatan perlu di buat dengan konsep yang memudahkan perawat dalam bentuk SPO sehingga perawat mudah dalam menulis CPPT pada pasien DM. b. Mengevaluasi respon subyektif

No.	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
		2. Penulisan Subyektif dan obyektif tidak sesuai dengan <i>Assesment</i> pada SDKI yang didokumentasikan oleh perawat sehingga pada penulisan plan tidak sesuai.		dan obyektif setelah dilaksanakan inetrvensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan di SDKI

Rekomendasi dari FGD tentang bentuk susunan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang akan diaplikasikan di ruang rawat inap yaitu: Instrumen evaluasi keperawatan berbentuk isian untuk keluhan subyektif pasien dan format *check list* dengan susunan SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*).

**HASIL PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM FORMAT
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

Evaluasi				Terintegrasi
S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>	
Pasien mengeluh Lemas; pusing	Faktor risiko : – Kenaikan atau penurunan berat badan – Kurangnya manajemen diabetes atau kepatuhan terhadap rencana penatalaksanaan diabetes; pemantauan glukosa darah atau manajemen medikasi yang tidak adekuat – Status kesehatan fisik; stress; proses infeksi – Pemeriksaan Penunjang	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027)	– Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan – Manajemen diri: diabetes – Manajemen hiperglikemia/hipoglikemia	1. Standarnya pengisian asuhan terintegrasi ini minimal harus di isi setiap 8 jam sekali atau ketika terjadi perubahan kondisi pasien namun pada status diverifikasi oleh DPJP dalam setiap 24 jam. 2. Dokter Penanggung jawab bersama tim profesi perawat, nutrionis dan farmasi mendiskusikan hasil perkembangan atas tindakan yang sudah dilakukan. Setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menggunakan metode
Pasien mengeluh gatal pada punggung; ekstremitas Pasien mengeluh nyeri	– Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit, kemerahan	Gangguan integritas kulit atau jaringan (00129)	- Pencegahan risiko infeksi - Pemberian lotion pada area gatal	

Evaluasi				Terintegrasi
S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>	
Pasien mengeluh mual; muntah	Faktor risiko: – GDA menunjukkan hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi)/hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah) – Mengantuk – Pusing – Kesadaran menurun – Lelah/lesu	Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037)	– Pantau intake dan output – Dorong asupan makanan dan cairan yang adekuat (setidaknya 2500 mL/hari).	komunikasi S-B-A-R (stempel) dan besoknya diverifikasi ke DPJP setiap hari (SNARS, 2017).
Pasien mengeluh tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri	– Skala nyeri: PQRST – Perubahan selera makan – Perilaku distraksi – Ekspresi wajah nyeri – Sikap tubuh melindungi – Sikap melindungi area nyeri	Nyeri akut (0077)	– Manajemen distraksi – Kolaborasi pemberian Terapi farmakologi	
Pasien mengeluh lemas	– Kerentanan/hambatan yang dirasakan – Kesulitan ekonomi – Kompleksitas regimen perawatan kesehatan – Kurang pengetahuan – Pola perawatan kesehatan keluarga	Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116)	– Memfasilitasi pembelajaran Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan kekhawatiran dan selalu ada – Penyuluhan proses penyakit – Beradaptasi terhadap perubahan kehidupan – Tekankan pentingnya pemeriksaan mata teratur	

5.2.3 Hasil Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus

Bagian ini menguraikan karakteristik dalam menyusun standar asuhan keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus. Hasil penyusunan berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK) sesuai dengan SNARS (2017). SAK DM ini disusun karena di RSUD. dr. R. Koesma Tuban belum ada sehingga peneliti kesulitan dalam mengevaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien DM. Hasil SAK DM bisa dilihat pada lampiran 13.

	Penulisan SOAP (Data Subyektif, Data Obyektif, Assesment dan Planning)		
	No. Dokumen /XII/2014	No. Revisi 0	Halaman 1/2
SPO	Tanggal Terbit Desember 2014	Disetujui oleh, Kepala RSUD dr. R. Koesma dr. Zaimul Arifin, Sp. PK	
Pengertian	Penulisan SOAP adalah cara penulisan data dengan format <i>problem oriented</i> , yang bersifat sederhana, jelas logis dan tertulis		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penulisan SOAP dengan metode 4 (empat) langkah yang berasal dari pemrosesan pemikiran penatalaksanaan pasien untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis sebagai catatan perkembangan pasien terintegrasi		
Kebijakan	Penulisan SOAP sesuai dengan Keputusan Kepala RSUD dr. R. Koesma Nomor Kep/ /XII/2014 Tentang panduan SOAP di RSUD dr. R. Koesma		
Prosedur	Cara penulisan data dengan format <i>problem oriented</i> dikenal dengan konsep SOAP, yang terdiri dari 4 bagian : <ol style="list-style-type: none">1. Subyektif (Data Subyektif): Dokumentasikan bagaimana perasaan pasien terhadap keluhan/nya sekarang. Seringkali perkataan pasien ditulis dalam tanda kutip supaya dapat menggambarkan keadaan pasien2. Obyektif (Data Obyektif): Dokumentasikan pemeriksaan jasmani dan pemeriksaan penunjang.3. <i>Assesment</i> (Pengkajian): Dokumentasikan bagaimana pendapat pemeriksa mengenai data tersebut di atas dan hubungannya dengan kasus. Pengkajian merupakan tulisan yang berisi hasil integrasi pemikiran dokter (berdasarkan pengetahuannya mengenai patofisiologi, epidemiologi, presentasi klinis penyakit, dll) terhadap data subyektif dan obyektif yang ada.4. <i>Planning</i> (Rencana): Dokumentasikan rencana selanjutnya, baik diagnostik, pengobatan maupun penyuluhan.		

Gambar 5.3 Format Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sebelum dikembangkan

LOGO RS		STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN	
DIABETES MELLITUS			
1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus	
2	Assesmen Keperawatan	1. Lemah 2. Nyamuk 3. Mual 4. Muntah 5. Pusing	
3	Diagnosis Keperawatan	1. Ketidakefektifan kadar glukosa darah (0027) 2. Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129) 3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037) 4. Nyeri akut (0077) 5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116) 6. Risiko infeksi (0141) 7. Kecemasan (0037) 8. Ketidakefektifan coping (0096)	
4	Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome	1. Menunjukkan glukosa darah 2. Menjaga diri dari diabetes 3. Pemahaman tentang proses penyakit dan potensi komplikasi 4. Tidak ada tanda infeksi 5. Merasa perubahan gaya hidup penting dan berpartisipasi dalam regimen terapi 6. Pengendalian infeksi: proses infeksi 7. Penyesuaian energi 8. Beradaptasi terhadap perubahan kehidupan	
5	Intervensi Keperawatan	1. Monitorium Hiperglukemia/Hipoglikemia 2. Fasilitas pembelajaran 3. Pengendalian infeksi 4. Manajemen energi 5. Mengembangkan coping	
6	Informasi dan Edukasi	1. Pemeriksaan glukosa darah secara rutin 2. Timbang berat badan setiap hari 3. Perawatan asupan cairan setidaknya 2500ml/hari dalam toleransi kardial asupan cairan dilanjutkan kembali 4. Penyuluhan: proses penyakit diabetes 5. Pengontrolan infeksi: mendemonstrasikan teknik dan perubahan gaya hidup untuk mencegah perkembangan infeksi 6. Tingkatkan partisipasi klien dalam ADL sesuai toleransi	

Gambar 5.4 Format Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus setelah dikembangkan

1. Eksistensi	Abstraksi: abstraksi adalah ringkasan singkat yang dibuat berdasarkan isi dari dokumen sumber yang telah diproses. Abstraksi dibuat untuk memudahkan pembacaan dan pemahaman terhadap isi dokumen sumber.
2. Penulisan Kritis	Abstraksi kritis adalah abstraksi yang dibuat dengan cara menganalisis isi dari dokumen sumber. Abstraksi kritis dibuat untuk memudahkan pembacaan dan pemahaman terhadap isi dokumen sumber.
3. Keperawatan	Abstraksi kritis adalah abstraksi yang dibuat dengan cara menganalisis isi dari dokumen sumber. Abstraksi kritis dibuat untuk memudahkan pembacaan dan pemahaman terhadap isi dokumen sumber.

5.2.4 Hasil Uji Validitas & reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Validitas instrumen CPPT dilakukan dengan cara setiap perawat (dari 5 responden) melakukan pendokumentasian CPPT pada satu pasien dengan kasus Diabetes Mellitus, selanjutnya mendokumentasikan tersebut akan disupervisi oleh PPJP/Katim/Perawat Primer dengan instrumen yang dikembangkan oleh peneliti. Peneliti ikut mendampingi setiap responden saat pengisian instrumen CPPT karena peneliti dijadikan sebagai acuan dalam menentukan apakah cara mengisi partisipan sesuai dengan SNARS atau tidak. Pendokumentasian CPPT yang dilakukan oleh setiap responden dinilai berdasarkan lembar penilaian uji validitas dan reliabilitas instrumen yang terlampir pada lampiran 13, yang selanjutnya diuji menggunakan program statistik dengan uji korelasi *pearson's product moment* untuk uji validitas dan *cronbach alpha* untuk uji reliabilitas.

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus terdapat pada lampiran statistik. Penjelasan tentang hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus akan terlihat pada tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4 Validitas Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan

No	Evaluasi SAK	R hitung Uji korelasi <i>pearson's product moment</i>	R tabel (N=20)	Kesimpulan
1	Subyektif	r = 0,750	0,4444	Valid
2	Obyektif	r = 0,722	0,4444	Valid
3	<i>Assesment</i>	r = 0,669	0,4444	Valid
4	<i>Plan</i>	r = 0,844	0,4444	Valid
Rata-rata r hitung		r = 0,746	0,4444	

Hasil uji validitas dengan bantuan program SPSS dengan uji korelasi *pearson's product moment*, dimana r tabel sejumlah 20 DRM adalah 0,4444. Seluruh item soal pada instrumen CPPT memiliki hasil uji korelasi *pearson's product moment* dengan r hitung > r tabel sehingga item tersebut dinyatakan valid.

Tabel 5.5 Reliabilitas Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan

No.	Evaluasi SAK	Hasil uji <i>cronbach alpha</i>	R tabel (N=20)	Kesimpulan
1	Subyektif	r = 0,753	0,4444	Reliabel
2	Obyektif	r = 0,773	0,4444	Reliabel
3	<i>Assesment</i>	r = 0,775	0,4444	Reliabel
4	<i>Plan</i>	r = 0,733	0,4444	Reliabel
Rata-rata r hitung		r = 0,748	0,4444	

Hasil uji reliabilitas dengan bantuan program SPSS dengan uji *cronbach alpha*, dimana r tabel dengan responden sejumlah 20 adalah 0,4444. Seluruh item soal pada instrumen CPPT memiliki hasil uji korelasi *cronbach alpha* dengan r hitung > r tabel sehingga item tersebut dinyatakan reliabel.

5.2.5 Hasil Diskusi Pakar Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

Diskusi pakar dilakukan untuk memperoleh masukan-masukan dari hasil studi lapangan, FGD, dan studi jurnal penelitian yang telah dilakukan dan diimplementasikan ke dalam instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus.

Adapun kegiatan diskusi pakar yang dilaksanakan pada tanggal 6 Juli 2018 dihadiri oleh 4 orang pakar bertempat di ruang Rapim II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Berita acara terlampir.

Tabel 5.6 Hasil diskusi pakar tentang pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

No	Instrumen	Komponen	Masukan
1	S (Subyektif)	1. Keluhan pasien saat ini 2. Riwayat penyakit lalu 3. Riwayat penyakit keluarga	Dilakukan pemfokusan pada keluhan pasien saat ini
2	O (Obyektif)	1. Tanda-tanda vital Pemeriksaan fisik 2. Skala nyeri 3. Pemeriksaan penunjang	Tetap 3 pilihan: 1. Tanda-tanda vital Pemeriksaan fisik 2. Skala nyeri 3. Pemeriksaan penunjang
3	A (<i>Assesment</i>)	Diagnosa keperawatan: 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027) 2. Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129) 3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037) 4. Nyeri akut (0077) 5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116) 6. Risiko Infeksi (0142) 7. Keletihan (0057) 8. Ketidakefektifan coping (0096)	Dipilih yang sering muncul : 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027) 2. Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129) 3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037) 4. Nyeri akut (0077) 5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116)
4	P (<i>Plan</i>)	1. Rencana diagnostik 2. Rencana terapi/tindakan Rencana <i>monitoring</i> 3. Rencana edukasi	Tetap 3 pilihan: 1. Rencana diagnostik 2. Rencana terapi/tindakan Rencana <i>monitoring</i> 3. Rencana edukasi

Rekomendasi dari diskusi pakar tentang pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus, yaitu:

1. Menyusun Standar Asuhan Keperawatan pada pasien DM
2. Mengevaluasi 287 DRM pada pasien DM

5.3 Hasil dan Analisis Penelitian Tahap 2

5.3.1 Hasil sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sosialisasi dan pelatihan pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban dimulai dan dilaksanakan pada tanggal 13 & 14 Juli 2018 dalam 2 tahap. Kegiatan tersebut dilaksanakan sebanyak 2 tahap dikarenakan untuk memfasilitasi perawat di Ruang Teratai dan Asoka yang saat itu sedang melaksanakan tugas dinas pagi. Tahap pertama dilaksanakan pada pukul 11.00-14.00 WIB diikuti oleh 5 peserta. Tahap kedua dilaksanakan pada pukul 14.30-16.30 WIB diikuti oleh 5 peserta.

Secara struktur, peneliti membutuhkan waktu selama 1 hari untuk berkoordinasi dengan pihak RSUD. dr. R. Koesma Tuban dalam hal persiapan kegiatan seperti persiapan undangan, sarana dan prasarana. Secara proses, peneliti menyampaikan materi sesuai dengan Satuan Acara Kegiatan yang telah dibuat, para peserta mendengarkan materi dengan baik dan proses diskusi tanya jawab berlangsung dengan baik. Secara hasil, peserta sangat antusias dengan kegiatan pelatihan dan mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir.

Jumlah total peserta sebanyak 10 peserta. Peserta terdiri dari seluruh perawat yang ada di RSUD. dr. R. Koesma Tuban khususnya di Ruang Teratai dan Asoka. Secara garis besar, peserta mampu menerima materi yang

disampaikan oleh peneliti, namun yang menjadi kendala adalah kurangnya kemampuan peserta dalam membaca *text book* Standar Akreditasi Rumah Sakit (2017) yang dicetak dalam bahasa Indonesia.

Tindak lanjut dari acara tersebut adalah tahap pelaksanaan pelatihan yang dilaksanakan oleh PPJP/Katim/PP di Ruang Teratai dan Asoka untuk melakukan praktik pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan. Instrumen yang dikembangkan adalah untuk perawat dengan mengambil salah satu diagnosa medis Diabetes Mellitus, sehingga perawat yang ditugaskan untuk mendokumentasikan pada lembar CPPT pada pasien Diabetes Mellitus. Satu perawat bertugas mendokumentasikan satu pasien Diabetes Mellitus yang mana pada lembar CPPT tersebut diselesaikan dalam satu shift. Peneliti ikut mendampingi para perawat selama proses pendokumentasian CPPT pada masing-masing responden yang mendokumentasikan CPPT pasien Diabetes Mellitus sebagai pembanding apakah yang didokumentasikan oleh perawat sudah benar atau belum. Proses ini berlangsung mulai tanggal 13 Juli 2018.

5.3.2 Hasil evaluasi penilaian kemampuan dan pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Pada bagian ini menguraikan karakteristik 10 responden berdasarkan jenis kelamin, usia, lama bekerja di rumah sakit tersebut, dan pendidikan terakhir. Responden pada tahap 2 ini adalah beberapa perawat yang digunakan untuk menilai kemampuan perawat dalam mengisi instrumen evaluasi asuhan

keperawatan yang di buat peneliti dan untuk menilai pendapat mereka tentang kualitas instrumen yang dikembangkan oleh peneliti.

Tabel 5.7 Karakteristik responden penelitian pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

No	Karakteristik responden	Parameter	Σ	%
1	Usia	26-30 tahun	6	60
		31-35 tahun	2	20
		36-40 tahun	2	20
		Total	10	100
2	Jenis Kelamin	Perempuan	8	80
		Laki-laki	2	20
		Total	10	100
3	Lama Bekerja	5-10 tahun	7	70
		11-15 tahun	3	30
		Total	10	100
4	Pendidikan Terakhir	S1 Keperawatan	6	60
		D3 Keperawatan	4	40
		Total	10	100
5	Status Kepegawaian	Pegawai Kontrak	6	60
		Pegawai Tetap	4	40
		Total	10	100

Tabel 5.7 menginformasikan tentang karakteristik responden dilihat dari segi usia, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir dan status kepegawaian perawat yang mana didapatkan hasil bahwa sebagian besar (60%) berusia 26-30 tahun, sebagian besar (80%) adalah perempuan, sebagian besar responden (70%) lama kerja antara 5-10 tahun, sebagian besar (60%) pendidikan terakhir adalah S1 Keperawatan, dan sebagian besar responden (60%) adalah pegawai kontrak. Hal tersebut menunjukkan bahwa pada usia yang masih tergolong muda, dengan pendidikan terakhir S1 Keperawatan diharapkan mampu menerima ilmu baru dengan baik sehingga mampu mengaplikasikan instrumen yang dikembangkan peneliti dengan baik.

Keberhasilan dari program sosialisasi dan uji coba tersebut dilihat berdasarkan evaluasi kemampuan dan pendapat perawat dalam penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban yang diukur menggunakan instrumen penelitian pada lampiran 28. Hasil evaluasi kemampuan perawat dalam penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus terlampir pada lampiran 19 dengan penjelasan pada tabel 5.8 sebagai berikut:

Tabel 5.8 Evaluasi kemampuan dan pendapat perawat dalam penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

No.	Evaluasi asuhan keperawatan	Kategori			Total
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Data Subyektif	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
2	Data Obyektif	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
3	<i>Assesment</i>	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
4	<i>Planning</i>	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
	Rata-rata	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)

Tabel 5.8 menginformasikan bahwa secara keseluruhan kegiatan pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan, seluruhnya responden (100%) memiliki kemampuan baik dalam mengisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan.

Hasil evaluasi pendapat perawat tentang mutu instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban yang terlampir dengan rincian pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Mutu Instrumen menurut *user view*

Komponen mutu menurut <i>user view</i>	Kategori			Total
	Baik f(%)	Cukup f(%)	Kurang f(%)	
<i>Functionality</i>	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
<i>Efficiency</i>	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
<i>Usability</i>	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)

Penjelasan tabel 5.9 yaitu seluruh responden (100%) menyatakan bahwa mutu

instrumen menurut *user view* adalah baik, dilihat dari aspek *functionality*, *efficiency* dan *usability*.

Hasil tabulasi data 40 DRM tahap 2 bisa dilihat pada lampiran 17 dan dijelaskan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Karakteristik Dokumen CPPT Tahap 2 penelitian pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

No	Karakteristik Instrumen	Data	Σ
	Evaluasi asuhan keperawatan		
1	S (Data Subyektif)	Lemas	35
		Nyeri	27
		Muntah	15
		Mual	14
		Gatal	9
2	O (Data Obyektif)	<i>Vital sign</i>	38
		Keadaan umum lemah	31
		Pola perawtan kesehatan keluarga	32
		Pusing	29
		Kerentanan/hambatan yang dirasakan	28
		<i>Glasgow coma scale</i>	26
		Sikap melindungi area nyeri	25
		Gula darah acak	23
		Mengantuk	22
		Berat badan menurun/meningkat	14
		Kerusakan jaringan, Kemerahan	12
		Kurang pengetahuan	11
		Kurang pengetahuan	11
		Skala nyeri	11
3	<i>A (Assesment)</i>	Perubahan selera makan	9
		Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129)	35
		Nyeri akut (0077)	33

No	Karakteristik Instrumen Evaluasi asuhan keperawatan	Data	Σ
4	<i>P(Planning)</i>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027)	32
		Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037)	29
		Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116)	18
		Manajemen hiperglikemia/hipoglikemia	38
		Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan	31
		Dorong asupan makanan dan cairan yang adekuat (setidaknya 2500 mL/hari.	27
		Pencegahan risiko infeksi	25
		Manajemen distraksi	24
		Memfasilitasi pembelajaran Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan kekhawatiran dan selalu ada	23
		Penyuluhan proses penyakit	23
		Kolaborasi pemberian Terapi farmakologi	15
		Tekankan pentingnya pemeriksaan mata teratur	14
		Pemberian lotion pada area gatal	12

Tabel 5.10 menginformasikan tentang dokumen CPPT dilihat dari segi

dokumentasi data didapatkan pada 40 (100%) dokumen rekam medis tanggal 13-14 Juli 2017, didapatkan bahwa pada data Subyektif yang ditulis perawat yaitu 35 menuliskan lemas. Pada data Obyektif didapatkan bahwa 38 terdapat *vital sign*. *Assesment* diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027) paling sering dituliskan perawat sebanyak 32. *Plan* didapatkan bahwa 38 yaitu manajemen hiperglikemia/hipoglikemia. Dari hasil tabulasi tersebut sudah bisa mengevaluasi tpemahaman perawat dalam penulisan SOAP pada format CPPT dengan mengisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus yang telah dikembangkan.

5.3.3 Rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui Focus Group Discussion (FGD) 2.

Kegiatan FGD tahap 2 dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui saran dan kritik dari responden penelitian yang telah menggunakan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang selanjutnya dapat dijadikan bahan dalam memberikan rekomendasi tentang bentuk instrumen CPPT yang sesuai untuk RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 14 Juli 2018 di ruang Komite Keperawatan RSUD. dr. R. Koesma Tuban. dan terdapat 7 partisipan yang terdiri dari bidang keperawatan, bidang mutu pelayanan, bidang rekam medis, kepala ruang rawat inap dan PPJP/Katim/PP di ruang rawat inap. Hasil dari kegiatan FGD tentang evaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus terlihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Hasil FGD tahap 2 tentang evaluasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus oleh partisipan di Ruang Teratai dan Asoka

No.	Isu Strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
1	Instrumen Catatan perkembangan pasien terintegrasi sesuai SNARS	Waktu pencatatan evaluasi keperawatan	Instrumen CPPT sebaiknya disusun dalam satu hari, sehingga terlihat keberhasilan dari intervensi keperawatan yang telah di buat oleh	Instrumen evaluasi keperawatan disusun untuk mengetahui keberhasilan dari rencana tindakan, yang terlihat dari pendokumentasian evaluasi

No.	Isu Strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
			perawat	keperawatan dalam format CPPT pada pasien DM yang sesuai standar.

Rekomendasi hasil FGD tahap 2 yaitu:

1. Menyusun SPO Penulisan SOAP pada pasien DM agar memudahkan perawat dalam melaksanakan pengisian evaluasi keperawatan dalam format CPPT pada pasien DM yang sesuai standar.
2. Mengadakan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian khususnya CPPT.
3. Jajaran manajerial rumah sakit sangat menerima format/instrumen evaluasi keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus yang dikembangkan peneliti disusun sesuai Instrumen A (Depkes, 2005) dan SNARS (2017) dan segera mengajukan ke Diarektur RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk meingkatkan mutu pelayanan sesuai dengan SNARS.

5.4 Temuan Penelitian

Berdasarkan keseluruhan hasil analisis setiap variabel mulai dari penelitian tahap 1 dan tahap 2 dalam proses pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus, didapatkan hasil temuan penelitian pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT yang dijelaskan pada tabel 5.12 di bawah ini:

No.	Aspek	Standar Asuhan keperawatan DM	Standar SNARS (2017)	Instrumen yang dikembangkan
1.	Segi Konten evaluasi asuhan keperawatan	a. Instrumen keperawatan berupa metode SOAP. b. Evaluasi berupa isian tertulis sehingga kesesuaian dalam menuliskan indikator evaluasi dan indikator yang ada pada rumusan tujuan tergantung dari analisis perawat dalam mendokumentasikan evaluasi keperawatan	Menggambarkan perkembangan tiap masalah pasien yang telah dilakukan tindakan keperawatan berupa SOAP	Evaluasi tindakan keperawatan berupa format SOAP, dimana untuk data obyektif dibuat berdasarkan indikator <i>outcome</i> sesuai yang ada pada rumusan rencana keperawatan
2.	Segi akurasi/ketepatan evaluasi asuhan keperawatan	Terdapat tempat untuk menuliskan tanda tangan dan nama terang perawat.	a. Evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan b. Tanda tangan dan nama terang perawat c. Stempel perawat d. Evaluasi d	a. Evaluasi dicatat sesuai renpra yang disusun. b. Pencatatan ditulis setiap ada perubahan kondisi pasien c. Mencatumkan tanda tangan dan nama (stempel) perawati d. Pencatatan di tulis setiap 8 jam sekali dan diringkas setiap 24 jam sekali

No.	Aspek	Standar Asuhan keperawatan DM	Standar SNARS (2017)	Instrumen yang dikembangkan
3.	Segi SNL (<i>Standard Nursing Language</i>) evaluasi asuhan keperawatan	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan inetrvensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan	a. Pelaporan hasil catatan perkembangan dengan DPJP menggunakan metode komunikasi SBAR (stempel) dan besoknya diverifikasi ke DPJP setiap hari.	c. Evaluasi respon subyektif dan obyektif disesuaikan dengan NIC, NOC dan NANDA sehingga pada <i>Assesment</i> sesuai dengan SDKI d. DPJP sebagai ketua tim asuhan pasien (<i>clinical leader</i>) e. PPA (Profesional Pemberi Asuhan) bekerja dalam tim insterdisiplin dengan kolaborasi interprofesional berdasarkan standar pelayanan profesi.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Evaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban diukur menggunakan lembar observasi yang ditunjukkan seperti yang terlihat pada tabel 5.1 dan hasil observasi instrumen terlihat pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa seluruh instrumen evaluasi asuhan keperawatan belum mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Oleh karena itu asuhan keperawatan pada lembar CPPT yang ditulis perawat belum sesuai standar karena memang belum ada SPO penulisan SOAP pada pasien DM.

Evaluasi asuhan keperawatan pada format CPPT perawat sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi efektif antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya.

Instrumen evaluasi asuhan keperawatan pada format CPPT perawat mempunyai peranan penting dalam strategi pelayanan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada penulisan SOAP adalah cara penulisan data dengan format *problem oriented*, yaitu bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis yang sesuai SNARS (2017). Sehingga sangat diperlukan catatan perkembangan pasien terintegrasi multiprofesi para pemberi pelayanan kesehatan agar tercipta

keterpaduan dalam perencanaan pelayanan pada pasien untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal 5 ayat (1) yang berbunyi sebagai berikut, Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Pasal 5 ayat (2) berbunyi, Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Pencatatan yang lengkap sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan terkait pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Menurut Hatta (2008), dalam metode penulisan catatan perkembangan, yang menjelaskan tiga hal yaitu apa yang telah terjadi dengan pasien; apa yang direncanakan untuk pasien; dan bagaimana pasien bereaksi terhadap terapi, ditempuh 4 langkah tentang proses pengambilan keputusan secara sistematis yang dikenal dengan sebutan SOAP.

SOAP menjelaskan tentang huruf S yaitu mencatat mengenai perkembangan secara *subyektif*, yang maksudnya mencatat sesuai dengan pernyataan pasien dan gejala. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa pada data Subyektif yang ditulis perawat sebanyak 246 kali menuliskan lemas. Diikuti dengan huruf O yakni mencatat temuan secara *obyektif*, seperti hasil laboratorium, hasil uji dan observasi serta temuan dari pemeriksaan fisik. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa pada data Obyektif yang di tulis perawat

sebanyak 287 kali terdapat tekanan darah. Huruf A berasal dari kata *assesment*, artinya mengkaji dan menilai berdasarkan temuan dan observasi. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa pada *Assesment* yang ditulis perawat sebanyak 256 kali terdapat diagnosa keperawatan nyeri akut (0077). Huruf P dimaksudkan sebagai perencanaan (*plan*). Pada hasil penelitian didapatkan bahwa pada *Plan* yang ditulis perawat sebanyak 287 kali terdapat masalah belum teratasi.

Ini menunjukkan bahwa pada evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT belum sesuai standar dikarenakan pada penulisan SOAP yang kurang menggambarkan perkembangan pasien yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang didokumentasikan.

Faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian adalah kesibukan individu yang mengisikan form catatan perkembangan pasien terintegrasi dikarenakan banyaknya pekerjaan, belum adanya item khusus untuk pengisian tiap komponen SOAP dan juga belum terdapatnya Standar Operasional Prosedur (SOP) pada kasus Diabetes Mellitus tentang pencatatan pada form catatan perkembangan pasien terintegrasi sehingga menyebabkan ketidaklengkapan dalam pencatatan pada form catatan perkembangan pasien terintegrasi.

6.2 Penyusunan pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui Focus Group Discussion (FGD) 1

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan salah satu pendokumentasian yang dilakukan perawat di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R.

Koesma Tuban. Keseragaman dalam pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan hal yang penting agar dapat memudahkan semua profesi kesehatan memantau perkembangan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Laitinen, Kaunonen dan Kurki (2010) yang menjelaskan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan sebagai prasyarat untuk perawatan pasien yang baik dan sebagai alat komunikasi penting antara perawat, pasien dan tim Depkes (2005) menjelaskan bahwa setiap tindakan yang telah dilakukan oleh seorang perawat, tindakan independen, dependen ataupun tindakan yang sifatnya interdependen dengan petugas kesehatan lain harus dicatat dalam format asuhan keperawatan dan dicantumkan nama perawat yang melaksanakannya serta ditandatangani.

Kegiatan FGD sebagai dasar dalam penyusunan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang sesuai dengan harapan partisipan. Dari hasil FGD yang diikuti oleh 9 partisipan menunjukkan bahwa partisipan FGD masih termasuk dalam kategori usia dewasa akhir dengan pengalaman kerja yang cukup lama sehingga bisa memberikan gambaran tentang kebutuhan mengenai instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi di setiap ruangan.

Sehingga merekomendasi tentang bentuk susunan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yang akan diaplikasikan di ruang rawat inap yaitu: Instrumen evaluasi keperawatan berbentuk isian untuk keluhan subyektif pasien dan format *check list* dengan susunan SOAP (*Subyektif, Obyektif,*

Assesment, Planning). Tetapi dari hasil diskusi pakar yang dilaksanakan tanggal 06 Juli 2018 yang dihadiri oleh 4 orang pakar bertempat di Ruang Rapat Pimpinan II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya merekomendasikan antara lain: 1) perlu menyusun Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada pasien Diabetes Mellitus sebagai dasar untuk menyusun pengembangan instrumen; dan 2) mengevaluasi 287 dokumen rekam medis pada pasien Diabetes Mellitus.

6.3 Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus

Hasil penyusunan berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK) sesuai dengan SNARS (2017). SAK DM ini disusun karena di RSUD. dr. R. Koesma Tuban belum ada sehingga peneliti kesulitan dalam mengevaluasi dokumen CPPT perawat pada pasien DM. Hasil SAK DM bisa dilihat pada lampiran 13.

Dalam melakukan dokumentasi asuhan terintegrasi diperlukan suatu pedoman, yaitu formulir yang digunakan untuk mencatat proses asuhan yang diberikan kepada klien dan menjadi hal yang valid dari asuhan terintegrasi. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pedoman yang digunakan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan terintegrasi dan mendukung proses pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu dengan berpatokan pada SPO yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Menurut Aditama (2000) buku pedoman juga diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan agar dalam melaksanakan pekerjaannya, perawat melakukannya sesuai dengan standar operasional prosedur. Akan tetapi, menurut pendapat penulis, ada beberapa hal teknis yang belum tercantum

dalam SPO Penerapan dokumentasi asuhan terintegrasi seperti teknis pengisian data yang tidak bermasalah sehingga ketika dilakukan penilaian kelengkapan kemudian ditemukan variable yang kosong, hal tersebut menjadi bias apakah memang dikosongkan karena tidak ada masalah atau memang belum terkaji/terlewatkan.

Selain hal tersebut, penulisan teknis mengenai periode SOAP belum diatur secara tertulis dalam SPO. Hal tersebut mengakibatkan tidak seragamnya periode evaluasi SOAP sehingga ada tenaga kesehatan yang menuliskannya per hari dan ada yang per shift. Oleh karena itu menurut pendapat penulis, SPO pengisian SOAP yang ada di RSUD. dr. R. Koesma Tuban harus direvisi atau dibuat petunjuk teknis/panduan pengisian SOAP Diabetes Mellitus di format CPPT yang mengatur teknis pengisian formulir dalam dokumentasi asuhan terintegrasi.

Dari hasil penelitian juga didapatkan salah satu informan mengungkapkan bahwa pedoman yang digunakan dalam penerapan pendokumentasian terintegrasi menggunakan pedoman SAK. Namun menurut peneliti informan yang menjawab tentang SAK belum paham atau mungkin karena kurangnya sosialisai tentang pedoman yang digunakan dalam pendokumentasian asuhan terintegrasi.

6.4 Validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Hasil penelitian pada tabel 5.5 pada untuk validitas instrumen evaluasi asuhan keperawatan menunjukkan bahwa semua data instrumen tersebut memiliki r hitung $>$ dari r tabel (r tabel = 0,4444). Hal serupa untuk penilaian reliabilitas instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang ditunjukkan pada tabel 5.6 pada juga menunjukkan bahwa r hitung $>$ r tabel (r tabel = 0,4444). Prinsip penyusunan instrumen menurut Nursalam (2014) yaitu validitas (kesahihan) dan reliabilitas. Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Dua hal penting yang harus dipenuhi dalam menentukan validitas pengukuran yaitu relevan isi instrumen (isi instrumen harus disesuaikan dengan tujuan penelitian agar dapat dijabarkan dalam definisi operasional) dan relevan sasaran subjek dan cara pengukuran (instrumen yang disusun harus dapat memberikan gambaran terhadap perbedaan subyek penelitian). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamatai berkali-kali dalam waktu yang berlainan.

Instrumen yang baik adalah instrumen yang teruji validitas dan reliabilitasnya. Oleh karena itu penyusunannya sangat penting untuk memperhatikan isi dari instrumen apakah mampu untuk mengukur apa yang seharusnya diukur, dan hasil dari pengukuran tersebut mampu memberikan informasi yang akurat. Sebanyak 20 dokumen rekam medis yang dipakai peneliti

dalam pengukuran validitas dan reliabilitas instrumen guna memperoleh hasil yang benar-benar signifikan. Responden tersebut terdiri dari kepala ruangan, wakil kepala ruangan serta beberapa perawat lain di Ruang Teratai RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Instrumen evaluasi asuhan keperawatan disusun oleh peneliti sesuai dengan kajian peneliti di lapangan. Item soal yang dinilai pada setiap soal pada instrumen evaluasi asuhan keperawatan didasarkan apa komponen yang wajib ada pada setiap instrumen CPPT. Apabila terdapat hasil pengukuran instrumen yang tidak valid, maka dilakukan perubahan bahasa yang dipakai dalam item soal pada instrumen atau membuang item yang tidak sesuai. Melalui langkah tersebutlah maka didapatkan hasil yang valid dan reliabel instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang dikembangkan.

6.5 Sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban berjalan lancar dan dilaksanakan pada tanggal 13-14 Juli 2018 dihadiri oleh 10 perawat dalam 2 tahap.

Kegiatan sosialisasi dilaksanakan pada 10 perawat di ruang rawat inap. Peserta antusias dengan materi yang disampaikan selama proses sosialisasi dikarenakan pembaruan informasi tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus yang selama ini

belum pernah diperoleh oleh peserta. Peserta sosialisasi dijelaskan tentang pokok bahasan mengenai evaluasi asuhan keperawatan, cara pengisian instrumen yang dikembangkan dengan mengerjakan masing-masing supaya peserta mampu memahami materi yang disampaikan dalam segi konten, bahasa, dan akurasi.

Uji coba merupakan persiapan untuk meningkatkan kompetensi dan keterampilan staff, promosi untuk peningkatan kinerja kepemimpinan (Danim, 2008). Indikator metode pelatihan dapat dilihat dibawah ini (hasibuan, 2005) yaitu 1) *interest* atau ketertarikan pada metode yang digunakan; 2) harmonisasi kegiatan pelatihan dengan keberlanjutan kegiatan dilapangan; 3) fasilitas ruangan praktek yang memadai; 4) kesesuaian waktu dengan peserta pelatihan. Untuk meningkatkan kualitas pembelajaran, maka indikator efektivitas pelatihan dapat dilihat dari beberapa indikator yaitu tambahan pengetahuan atau kemampuan peserta atau wawasan, kemampuan peserta mengingat isi pelatihan atau kemampuan peserta mempraktikkan materi pelatihan atau trampil. Uji coba atau praktek langsung pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban diikuti oleh 10 orang. Peneliti ikut mendampingi praktek pengisian sebagai pembanding akurasi pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan tersebut. Hambatan yang dialami adalah jumlah pasien Diabetes Mellitus yang tidak selalu ada setiap hari, sehingga untuk proses pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan tidak bisa dilakukan secara bersamaan dan harus menunggu sampai ada pasien Diabetes Mellitus.

Setelah dilakukan kegiatan uji coba dalam pengisian instrumen tersebut tentang pendokumentasian asuhan keperawatan dan sosialisasi tentang

pendokumentasian CPPT di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Maka didapatkan hasil perawat telah mampu melakukan pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT secara teratur dan mulai mencapai keseragaman.

6.6 Penilaian kemampuan dan pendapat perawat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Hasil penelitian berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden memiliki kemampuan yang baik dalam mengisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus. Kemampuan responden dalam mengisi SOAP secara keseluruhan adalah baik.

Hasil penelitian berdasarkan dari tabel 5.10 yaitu seluruh responden berpendapat bahwa mutu instrumen menurut *user view* saat di uji cobakan adalah baik, dilihat dari aspek *functionallity*, *efficiency*, dan *usability*.

Evaluasi adalah penilaian secara sistemik untuk menentukan atau menilai kegunaan, keefektifan sesuatu yang didasarkan pada kriteria tertentu pada program. Evaluasi harus memiliki tujuan yang jelas sesuai dengan tujuan yang ditetapkan dalam program.

Instrumen adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian dan penilaian. Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan informasi kuantitatif dan kualitatif tentang variasi karakteristik variabel penelitian secara obyektif (Mahlinda, 2010). Peneliti

mengadopsi konsep karakteristik instrumen sesuai dengan karakteristik kualitas *software* menurut ISO 9126 (International Organization for Standardization), adapun aspek suatu *software* yang berkualitas dalam penelitian ini didasarkan penilaiannya Melalui sudut pandang pengguna (*user's view*). Aspek penilaian tersebut meliputi 5 (lima) hal antara lain : 1) *Functionality*; 2) *Reliability*; 3) *Efficiency*; 4) *Usability*, 5) *Portability*. Item penilaian yang diadopsi dari Sartika Wulandari (2016) yaitu aspek *functionallity*, *efficiency*, dan *usability* sesuai dengan harapan pengguna pada saat uji coba terhadap instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien *Diabetes Mellitu*.

Pada dasarnya pengisian instrumen instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. Koesma Tuban adalah hal baru bagi perawat karena sebelumnya belum ada Standar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus yang baku. Oleh karena itu setelah mendapat informasi yang baru mengenai cara pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus dengan antusias. Pada kenyataannya para responden mampu mengisi dengan mudah dan lancar.

Evaluasi pelaksanaan sosialisasi dan uji coba praktik pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus yang dilihat berdasarkan pendapat perawat secara garis besar dapat disimpulkan bahwa perawat merasa bahwa instrumen yang dikembangkan memudahkan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan dengan mudah dan efisien dalam pelaksanaannya karena sudah ada standar prosedur operasional penulisan SOAP pada pasien Diabetes Mellitus.

6.7 Rekomendasi instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban melalui Focus Group Discussion (FGD)

Hasil rekomendasi dari kegiatan FGD yaitu: 1) menyusun SPO Penulisan SOAP pada pasien DM agar memudahkan perawat dalam melaksanakan pengisian evaluasi keperawatan dalam format CPPT pada pasien DM yang sesuai standar; 2) mengadakan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian khususnya CPPT; dan 3) jajarman manajerial rumah sakit sangat menerima format/instrumen evaluasi keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus yang dikembangkan peneliti disusun sesuai Instrumen A (Depkes, 2005) dan SNARS (2017) dan segera mengajukan ke Direktur RSUD. dr. R. Koesma Tuban untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan SNARS.

6.8 Temuan Penelitian

Hasil analisis peneliti selama penelitian catatan perkembangan pasien terintegrasi yaitu instrumen evaluasi keperawatan berupa SOAP yang disusun supaya bisa menggambarkan perkembangan status kesehatan pasien, evaluasi hasil sudah sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Pemahaman perawat setelah dievaluasi terhadap penulisan SOAP pada pasien Diabetes Mellitus pada format CPPT yang telah dikembangkan.

Sesuai dengan kriteria pengumpulan data dokumentasi (Nursalam, 2014) dalam LLARB (Legal, Lengkap, Akurat, Relevan dan Baru) yaitu: 1) Legal

dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan mudah dibaca dan dipahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian; 2) Lengkap dimana dalam pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien; 3) Akurat dimana data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien; 4) Relevan dimana dalam pencatatan sesuai dengan masalah klien, yang merupakan data fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus; dan 5) Baru dimana pada pencatatan sudah sesuai dengan standar nasional akreditasi rumah sakit (SNARS, 2017) sehingga meningkatkan mutu pendokumentasian perawat pada format CPPT untuk mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal.

6.9 Keterbatasan Penelitian

Hasil analisis peneliti selama penelitian berlangsung menunjukkan bahwa hambatan-hambatan dalam mengisi instrumen evaluasi asuhan keperawatan setelah dikembangkan yaitu :

a. Manajemen Waktu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan dalam mengisi lembar dokumentasi terintegrasi yang diterapkan di Rumah Sakit masih terkendala dengan waktu. Menurut Nursalam (2011) kemampuan tenaga kesehatan dalam pendokumentasian ditujukan pada keterampilan menulis sesuai dengan penerapan model asuhan pendokumentasian yang konsisten, pola yang efektif, lengkap dan akurat. Mengenai keterbatasan waktu yang dikeluhkan informan untuk pendokumentasian asuhan terintegrasi, hal

tersebut tidak bisa dijadikan alasan tidak lengkapnya dokumentasi asuhan terintegrasi karena pendokumentasian tidak hanya dilakukan pada waktu tertentu tetapi bisa dilakukan secara terus-menerus atau berkelanjutan yang merupakan dokumentasi ulang. Serta belum semua perawat mengikuti sosialisasi dan uji coba yang dilaksanakan tanggal 13-14 Juli 2017 sehingga perlu dilaksanakan resosialisasi.

b. DRM (Dokumen Rekam Medis Pasien)

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti didapatkan bahwa hambatan yang dialami adalah tenaga kesehatan berfokus pada rekam medis daripada ke pasien. Dimana dengan asuhan terintegrasi tenaga kesehatan menyatakan bahwa mereka lebih banyak berfokus pada penulisan pendokumentasian daripada pasien ini akibat lembar pendokumentasian yang bertambah banyak setelah dilakukan dokumentasi asuhan terintegrasi. Ditambah lagi perawat juga banyak melaksanakan tugas-tugas non keperawatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Potter Boxerman, Wolf, Evanof, dan Larson yang menemukan fakta bahwa kekurangan sarana dan prasarana, perawat banyak mengerjakan pekerjaan non keperawatan akan mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan klien. Dan juga belum ada *checklist* untuk supervisor melakukan supervisi pada pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan pada format CPPT sehingga perlu dilakukan tindak lanjut.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

1. Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban pada 287 DRM belum sesuai standar.
2. Menyusun pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus yaitu penggabungan dari Instrumen “A” Depkes (2005) dan SNARS (2017) secara dalam segi konten, bahasa dan akurasi serta sistematis penyusunan berdasarkan FGD dan diskusi pakar berupa pengisian dalam metode SOAP.
3. Standar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus di RSUD. dr. R. Koesma Tuban tersusun sesuai dengan Panduan Asuhan Keperawatan sesuai KARS
4. Instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dinyatakan valid dan reliabel.
5. Sosialisasi dan uji coba pengisian instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus dilaksanakan dari tanggal 13-14 Juli 2018 diikuti oleh 10 perawat.

6. Penerapan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus menunjukkan bahwa seluruh responden (100%) memiliki kemampuan yang baik dalam mengisi evaluasi asuhan keperawatan dan seluruh (100%) berpendapat bahwa instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus kategori baik.
7. Rekomendasi pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus hasil dari kegiatan FGD yaitu berupa penggabungan instrumen A Depkes (2005) dan SNARS secara dalam segi konten, bahasa dan akurasi serta sistematis penyusunan berdasarkan FGD dan diskusi pakar berupa pengisian dalam metode SOAP ke dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi.

7.2 Saran

1. Bagi rumah sakit melalui komite keperawatan untuk mengajukan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus di semua ruangan untuk mendapatkan hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang terstandar. Dalam penerapan instrumen perlu adanya bimbingan dan supervisi secara terus menerus oleh Kepala Ruangan atau Katim serta perlu dilaksanakan evaluasi dalam pelaksanaannya. Dan perlu adanya revisi SPO Penulisan SOAP di RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

2. Bagi perawat dalam melaksanakan pengisian evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi harus sesuai dengan instrumen yang telah ditetapkan dan sesuai SNARS untuk meningkatkan kualitas dalam dokumentasi keperawatan serta bisa digunakan sebagai acuan penulisan SOAP pada format CPPT.
3. Bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan penelitian tentang pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien lain dengan kasus penyakit terutama penyakit kronis yang perlu dilakukan komunikasi efektif antar interdisiplin profesi.

DAFTAR PUSTAKA




- Abdurrahman, Fadlullah. (2014). *Faktor Pendorong Perilaku Diet Tidak Sehat Pada Mahasiswa. Ejournal Psikologi*, Vol 2, No 2: 163-170, 2014. Diakses pada 27 Juni 2018 dari <http://www.portal.fisip-unmul.ac.id/site/?p=2298>.
- Aditama, Chandra Yoga. (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- American Diabetes Association (ADA). (2009). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Diabetes Care*, 27 (1), S5-S10.
- American Diabetes Association (ADA). (2014). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care*. Jan: 34 (suppl 1): S62-S69, doi: 10.2337/dc11-S062, PMCID: PMC3006051.
- American Diabetes Association (ADA). (2015). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Diabetes Care*, 38:8-16.
- Arwani. (2005). *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar S. (1997). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: Aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- DEPKES RI, 2005. *Pedoman Pemeriksaan Laboratorium untuk Penyakit DM*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Jakarta.
- Depkes R.I. (2008). *Modul Manajemen dan Pemberian Asuhan Keperawatan di Unit Ruang Rawat Rumah Sakit*. Bandung: Depkes
- Ehsa. (2010). *Diabetes Melitus*. Diakses pada 20 November 2015 dari <http://ehsablog.com/diabetes-melitus-dm.html>.
- Fathmi, A. (2012). *Hubungan Indeks Massa Tubuh dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Frelita, G., Situmorang, T.J., & Silitonga, D.S. 2011. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 4 th ed. Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A.
- Gibson, James L., John M. Ivancevich, James H., Donnely. (1996). *Organisasi dan Manajemen*. Jakarta : Erlangga
- Gillies, D.A. (2002). *Nursing management: A system approach* (3rd Ed.).

- Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Goldenberg, R., Mikalachki, A., Prebtani., Punthakee, Z. (2013). Reducing the Risk of Developing Diabetes. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Canadian Journal of Diabetes Volume 13.
- Handoko. (2001). *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Jogjakarta: BPFE.,Press
- Hariyati, Tutik Sri,. *Perencanaan Pengembangan dan Utilisasi Tenaga Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Pers. 2014
- Hasibuan, Malayu S.P. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Penerbit Bumi
- Hidayat, Aziz Alimul. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hasibuan, M. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hoetomo. 2005. Kamus Lengkap Bahasa Indonesia. Surabaya: Mitra Pelajar.
- Irawan H. (2003). *Indonesian Customer Satisfaction*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Iyer Patricia, W. & Camp Nancy, H. 2004. Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Jakarta, EGC.
- KARS. (2012). Instrumen Asesmen Pasien (AP) dalam Akreditasi Rumah Sakit versi 2012.
- Keliat & Akemat. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC.
- Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, & Weave K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. Int J Nurs. Terminol. Classif. 2009;20;169-80.
- Kozier. Erb, Berman. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fondamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik*, Volume: 1, Edisi : 7, EGC : Jakarta
- Kron T. 1997. Management of Patien Care: Putting Leaderhsip Skill To Work. Philadelphia: W.B Sounders Company.
- Notoatmodjo. Soekidjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka
- Nursalam. (2016). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika

- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pandelaki, K. (2009). *Retinopati diabetik*. In A. W. Sudoyo, B. setiyohadi, I. Alwi, M. S. K & S. Setiati (Eds.), *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III* edisi v. Jakarta: InternaPublishing
- Panggabean, M.S. (2004). *Manajemen sumber daya manusia*. Bogor: Penerbit Ghalia Indonesia Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2004). *Standar praktik keperawatan*. Jakarta: Pokja standar praktik keperawatan.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), 2011. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes melitus Tipe 2 di Indonesia. Pengurus Besar PERKENI. Jakarta.
- Potter, P, & Perry. (2011). *Basic nursing*, Ed. 7th. Mosby Elsevier: Canada.
- Riwidikdo, Handoko. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendekia
- Robbins. 2006. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Gramedia Grup.
- S, Suarli. & Bachtiar. Y. (2012). *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktisi*. Jakarta: Erlangga Medical Series
- Sahlasaida, (2015). *Penyakit Diabetus Melitus, Penyebab dan Gejalanya*. Diakses pada tanggal 10 Juni 2018. <http://tipkesehatan.com/2015/10/penyakitDiabetus-melitus-penyebab-dan-gejalanya/>
- Saydam. Gozali. (1996). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Djambatan.
- Siagian. Sondang. P. (1989). *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Bumi Aksara, Jakarta
- Siagian, S.P. (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Siagian, S.P. (2005). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Smeltzer, S., & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- SNARS. (2017). *Pelayanan dan Asuhan Pasien dalam Standar Nasional Akreditasi Nasional (SNARS) versi 2017*.
- Subekti, I. (2009). *Neuropati Diabetik*. In A. W. Sudoyo, B. Setiyohadi, I. Alwi, M. S. K & S. Setiati. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Penerbit FKUI.
- Sugiarto, BW & Suprihatin. 2012. Kepatuhan Kontrol dengan Tingkat Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Bapitis Kediri. *Jurnal STIKES*. 5(2):214.

Lampiran 1

Lembar Surat Keterangan Data Awal Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp: (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax: (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 594 /UN3.L13/PPd/S2/2017	8 November 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – Fkp Unair	
<hr/>		
Kepada Yth. Direktur RSUD dr. R. Koesma Tuban		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.		
Nama	: Tiara Putri Ryandini, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153107	
Judul Proposal	: Pengembangan Instrumen Supervisi Klinis dalam Pendokumentasian CPPT terhadap Kepatuhan dan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD dr. R. Koesma Tuban	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
		an. Dekan, Wakil Dekan I  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002

Lampiran 2

Lembar Surat Keterangan Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
Nomor	: 093 /UN3.1.13/PPd/S2/2018	15 Februari 2018
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
Kepada Yth. Kepala Bakesbangpol Tuban		
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p>		
Nama	: Tiara Putri Ryandini, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153107	
Judul Proposal	: Pengembangan Instrumen Supervisi Klinis : LLARB (Legal, Lengkap, Akurat, Relevan dan Baru) dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Berbasis SNARS terhadap Kepatuhan dan Kinerja Perawat	
<p>Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.</p>		
		<p style="text-align: right;">Wakil Dekan I</p>   <p style="text-align: right;">Dr. Kurnianto, S.Kp., M.Kes.</p>

Lampiran 3

Lembar Uji Laik Etik

 <p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA</p> <p>KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL</p> <p>"ETHICAL APPROVAL" No : 674-KEPK</p> <p>Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :</p> <p><i>The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :</i></p> <p>"PENGEMBANGAN INSTRUMEN SUPERVISI KLINIS: LLARB (LEGAL, LENGKAP, AKURAT, RELEVAN, DAN BARU) DALAM CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI BERBASIS SNARS TERHADAP KEPATUHAN DAN KINERJA PERAWAT"</p> <table> <tr> <td><u>Peneliti utama</u> Principal Investigator</td> <td>Tiara Putri Ryandini</td> </tr> <tr> <td><u>Nama Institusi</u> Name of the Institution</td> <td>Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga</td> </tr> <tr> <td><u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> Setting of research</td> <td>Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban</td> </tr> </table> <p>Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat. <i>And approved the above-mentioned protocol with Expedited.</i></p> <div style="text-align: right;"> <p>Surabaya, 27 Februari 2018 Ketua (CHAIRMAN)</p>  <p>Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.St. NIP. 1963 0608 1991 03 1002</p> </div>		<u>Peneliti utama</u> Principal Investigator	Tiara Putri Ryandini	<u>Nama Institusi</u> Name of the Institution	Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga	<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> Setting of research	Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban
<u>Peneliti utama</u> Principal Investigator	Tiara Putri Ryandini						
<u>Nama Institusi</u> Name of the Institution	Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga						
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> Setting of research	Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban						

Lampiran 4

Lembar Surat Penelitian dari Bakesbangpol


PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Mastrip No. 21 A Telp. (0356) 321023
TUBAN - 62315

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEI/KEGIATAN
 Nomor : 070 / 79 / 414.206 / 2018

Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 17 Tahun 2014;
2. Peraturan Bupati Tuban Nomor 15 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tuban.

Menimbang : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor 093/UN3.1.13/PPd/S2/2017 tanggal 15 Februari 2018 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair atas nama Tiara Putri Ryandini, S.Kep., Ns.

Dengan ini menyatakan memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama / NIM	: TIARA PUTRI RYANDINI, S.Kep., Ns / 131614153107
b. Alamat	: Merakurak, Kabupaten Tuban
c. Pekerjaan / Jabatan	: Mahasiswa
d. Fakultas / Program Studi	: Keperawatan / S2 Keperawatan
e. Instansi / Organisasi	: Universitas Airlangga Surabaya

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan Dengan :

a. Judul	: Pengembangan Instrumen Supervisi Klinis : LLARB (Legat, Lengkap, Akurat, Relevan dan Baru) dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Berbasis SNARS terhadap Kepatuhan dan Kinerja Perawat
b. Tujuan	: Penyusunan Tugas Akhir (Tesis)
c. Anggota/Peserta	: 1 (Satu) orang
d. Waktu	: 1 Maret s.d 30 Mei 2018
e. Lokasi	: Kabupaten Tuban

Dengan Ketentuan

1. Dalam jangka waktu 1 x 24 Jam setelah tiba ditempat kegiatan, diwajibkan melapor kedatangannya kepada Camat setempat;
2. Menjaga Tata Tertib keamanan, ketertiban, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari perbuatan – perbuatan baik lisan maupun tulisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk;
3. Pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban;
4. Melaporkan hasil pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan kepada Bupati Tuban Cq. Kantor Kesbangpol Kabupaten Tuban;
5. Dalam pelaksanaan Penelitian yang mengikutsertakan Warga Negara Asing (WNA) sebagai Tenaga Ahli / Petugas Lapangan supaya melaporkan kepada Kepala Kepolisian Resort Tuban;
6. Rekomendasi ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan tersebut diatas.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Tuban, 27 Februari 2018
KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN TUBAN


DWI HARI SUNARNO
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19600516 199203 1 004

TEMBUSAN Kepada :

1. Yth. Kepala Kepolisian Resort Tuban
2. Yth. Komandan KODIM 0811 Tuban
3. Yth. Direktur RSUD dr. R. Koesma Tuban
4. Yth. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Lampiran 5


Lembar Surat Penelitian dari RSUD dr. R. Koesma Tuban

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER R. KOESMA Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No.800 Telp. (0356) 321010, 325696, 323266 TUBAN – 62315</p>	
Tuban, 9 Maret 2018	
Nomor : 423.4/ cvo /414.103.001/2018 Sifat : Segera Lampiran : - Perihal : <u>Pemohonan Ijin Penelitian</u>	Kepada : Yth. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 di - SURABAYA
<p>Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal 15 pebruan 2018 Nomor: 093/UN3.1/13/PPd/S2/2018 Perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatam-FKp Unair, maka dengan ini kami tidak keberatan untuk menerima Mahasiswa atas nama dibawah ini :</p> <p>Nama : TIARA PUTRI RYANDINI,S.Kep.,Ns. NIM : 131614153107 Program Studi : Magister Keperawatan Judul Penelitian : Pengembangan Instrumen Supervisi Klinis : LLAB (Legal, Lengkap, Akurat, Relevan dan Baru) dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Berbasis SNARS Terhadap Kepatuhan dan Kinerja Perawat Di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.</p> <p>Untuk melakukan penelitian di RSUD dr. R. Koesma Tuban dengan ketentuan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti peraturan yang ada di RSUD dr. R. Koesma Tuban. 2. Dikenakan biaya sesuai dengan PERDA Kabupaten Tuban Nomor 10 Tahun 2016, sebesar Rp. 120.000,- (seratus dua puluh ribu rupiah) per orang / perbulan 3. Tempat penelitian di Bidang Keperawatan, Instalasi Rekam Medis, Komite Mutu, Keperawatan IRNA, Ruang Asoka, Ruang Teratai, Ruang Mawar, Ruang Melati, Ruang Dahlia dan Ruang Bougenvil. <p>Demikian atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.</p>	
 DIREKTUR RSUD dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN dr. H. SANJUL HADI Pembina Utama Muda NPD 19581028 198703 1 009	


Lampiran 6

Form Pencatatan dan Perencanaan Terintegrasi RSUD dr. R. Koesma Tuban

F.R.I.A.4



PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. KOESMA
Jl. dr. Wahidin Sudirhusodo No. 800 Tuban 62315 Telp. (0356) 321010



No. RM :

Nama : _____

Tgl Lahir : _____ L / P

Ruang : _____

Kelas : _____

PENCATATAN DAN PERENCANAAN TERINTEGRASI

DPJP Utama : _____			Dokter Rawat Bersama : 1. _____ 2. _____ 3. _____		
Tgl / jam	Catatan Asuhan Medis (Diisi oleh DPJP dan dokter yang melakukan asuhan pelayanan) SOAP	TTD / nama terang	Tgl / jam	Catatan Asuhan FPA Lain (Diisi oleh FPA lain yang melakukan asuhan pelayanan) SOAP	TTD / nama terang

Hal. 1 / 2

Lampiran 7

INFORMED CONSENT PERAWAT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertandatangan di bawah ini :

No. Responden :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Pengembangan Instrumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi SNARS pada Diabetes Mellitus dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban”.
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Yang memberi penjelasan

Surabaya, 2018
 Yang mendapat penjelasan

Tiara Putri Ryandini

Saksi,

*) coret salah satu

Lampiran 8

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)**(Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian)**


Setelah mendapatkan surat penjelasan mengenai penelitian ini dari saudara Tiara Putri Ryandini, mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul **“Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada Pasien Diabetes Mellitus”**. Maka dengan ini saya menyatakan persetujuan untuk diikutsertakan dalam penelitian ini dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Surabaya, 2018
Partisipan

(_____)

Lampiran 9

**FORMAT STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN (SAK) DALAM
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)
DI RUANG RAWAT INAP RSUD. dr. R. KOESMA TUBAN**

	Penulisan SOAP (Data Subyektif, Data Obyektif, <i>Assesment</i> dan <i>Planning</i>)		
	No. Dokumen /XII/2014	No. Revisi 0	Halaman 1/2
SPO	Tanggal Terbit Desember 2014	Ditetapkan oleh, Kepala RSUD dr. R. Koesma dr. Zainul Arifin, Sp., PK.	
Pengertian	Penulisan SOAP adalah cara penulisan data dengan format <i>problem oriented</i> , yang bersifat sederhana, jelas logis dan tertulis		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penulisan SOAP dengan metode 4 (empat) langkah yang berasal dari pemrosesan pemikiran penatalaksanaan pasien untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis sebagai catatan perkembangan pasien terintegrasi		
Kebijakan	Penulisan SOAP sesuai dengan Keputusan Kepala RSUD dr. R. Koesma Nomor Kep/ /XII/2014 Tentang panduan SOAP di RSUD dr. R. Koesma		
Prosedur	Cara penulisan data dengan format <i>problem oriented</i> dikenal dengan konsep SOAP, yang terdiri dari 4 bagian : <ol style="list-style-type: none">1. Subyektif (Data Subyektif): Dokumentasikan bagaimana perasaan pasien terhadap keluhanannya sekarang. Seringkali perkataan pasien ditulis dalam tanda kutip supaya dapat menggambarkan keadaan pasien.2. Obyektif (Data Obyektif): Dokumentasikan pemeriksaan jasmani dan pemeriksaan penunjang.3. <i>Assesment</i> (Pengkajian): Dokumentasikan bagaimana pendapat pemeriksa mengenai data tersebut di atas dan hubungannya dengan kasus. Pengkajian merupakan tulisan yang berisi hasil integrasi pemikiran dokter (berdasarkan pengetahuannya mengenai patofisiologi, epidemiologi, presentasi klinis penyakit, dll) terhadap data subyektif dan obyektif yang ada.4. <i>Planning</i> (Rencana): Dokumentasikan rencana selanjutnya, baik diagnostik, pengobatan maupun penyuluhan		

Lampiran 10

PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI (PERAWAT)

No. Responden :

Tgl. Pengisian :

Petunjuk :

1. Bapak/Ibu/Sdr/Sdri tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran Anda sangat penting dalam penelitian ini
3. Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dipersilahkan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia
4. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan
5. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali kepada peneliti

DATA DEMOGRAFI

1. Umur :tahun
2. Jenis Kelamin :
3. Lama bekerja di RSUD. dr. R. Koesma Tuban :
4. Pendidikan terakhir :

DISTRIBUSI NILAI r_{tabel} SIGNIFIKANSI 5% dan 1%

N	The Level of Significance		N	The Level of Significance	
	5%	1%		5%	1%
3	0.997	0.999	38	0.320	0.413
4	0.950	0.990	39	0.316	0.408
5	0.878	0.959	40	0.312	0.403
6	0.811	0.917	41	0.308	0.398
7	0.754	0.874	42	0.304	0.393
8	0.707	0.834	43	0.301	0.389
9	0.666	0.798	44	0.297	0.384
10	0.632	0.765	45	0.294	0.380
11	0.602	0.735	46	0.291	0.376
12	0.576	0.708	47	0.288	0.372
13	0.553	0.684	48	0.284	0.368
14	0.532	0.661	49	0.281	0.364
15	0.514	0.641	50	0.279	0.361
16	0.497	0.623	55	0.266	0.345
17	0.482	0.606	60	0.254	0.330
18	0.468	0.590	65	0.244	0.317
19	0.456	0.575	70	0.235	0.306
20	0.444	0.561	75	0.227	0.296
21	0.433	0.549	80	0.220	0.286
22	0.432	0.537	85	0.213	0.278
23	0.413	0.526	90	0.207	0.267
24	0.404	0.515	95	0.202	0.263
25	0.396	0.505	100	0.195	0.256
26	0.388	0.496	125	0.176	0.230
27	0.381	0.487	150	0.159	0.210
28	0.374	0.478	175	0.148	0.194
29	0.367	0.470	200	0.138	0.181
30	0.361	0.463	300	0.113	0.148
31	0.355	0.456	400	0.098	0.128
32	0.349	0.449	500	0.088	0.115
33	0.344	0.442	600	0.080	0.105
34	0.339	0.436	700	0.074	0.097
35	0.334	0.430	800	0.070	0.091
36	0.329	0.424	900	0.065	0.086
37	0.325	0.418	1000	0.062	0.081

Lampiran 11

LOGO RS STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN		
DIABETES MELLITUS		
1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan <i>diabetes mellitus</i>
2	Assesmen Keperawatan	1. Lemas 2. Nyeri 3. Muntah 4. Mual 5. Pusing
3	Diagnosis Keperawatan	1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027) 2. Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129) 3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (0037) 4. Nyeri akut (0077) 5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116) 6. Risiko Infeksi (0142) 7. Keletihan (0057) 8. Ketidakefektifan coping (0096)
4	Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome	1. Mempertahankan glukosa darah 2. Manajemen diri : <i>diabetes</i> 3. Pemahaman tentang proses penyakit dan potensi komplikasi 4. Tidak ada tanda infeksi 5. Memulai perubahan gaya hidup penting dan berpartisipasi dalam regimen terapi 6. Pengendalian infeksi: proses infeksi 7. Peningkatan energi 8. Beradaptasi terhadap perubahan kehidupan
5	Intervensi Keperawatan	1. Manajemen Hiperglikemia/Hipoglikemia 2. Fasilitasi pembelajaran 3. Pencegahan infeksi 4. Manajemen energi 5. Mengembangkan coping
6	Informasi dan Edukasi	1. Pemeriksaan glukosa darah secara rutin 2. Timbang berat badan setiap hari 3. Pertahankan asupan cairan setidaknya 2500mL/hari dalam toleransi kardial asupan orang dilanjutkan kembali 4. Penyuluhan: proses penyakit <i>diabetes</i> 5. Pengontrolan infeksi: mendemonstrasikan tehnik dan perubahan gaya hidup untuk mencegah perkembangan infeksi. 6. Tingkatkan partisipasi klien dalam ADL sesuai toleransi

7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah Kritis	Sub Komite Mutu Keperawatan
9	Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6th ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier. 2. Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell. 3. Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM, and Bucher, L.(2014).Medical surgical Nursing. Mosby: Elsevier 4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5th ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier. 5. Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R. (2011). Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9). Jakarta: EGC 6. Rencana asuhan keperawatan medikal bedah : diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC hasil NOC, Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia (2016)

Format Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus setelah dikembangkan

Lampiran 12

TABULASI DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN FGD TAHAP 1

No.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
1	2	2	1	2	1
2	2	2	1	2	1
3	2	2	4	2	1
4	2	2	4	2	1
5	3	1	1	2	1
6	3	2	2	2	1
7	3	2	2	2	1
8	3	1	3	2	1
9	4	2	3	2	1

Ket.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
	1 = 21-25 tahun (0) 2 = 26-30 tahun (4) 3 = 31-35 tahun (4) 4 = 36-40 tahun (1) 5 = >40 tahun (0)	1 = Laki-laki (2) 2 = Perempuan (7)	1 = 1-5 tahun (3) 2 = 6-10 tahun (2) 3 = 11-15 tahun (2) 4 = >15 tahun (2)	1 = D3 Keperawatan (0) 2 = S1 Keperawatan (9)	1 = Pegawai Tetap (9) 2 = Pegawai Magang (0)

Lampiran 13

**BERITA ACARA
DISKUSI PAKAR**

Berkaitan dengan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Magister keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yaitu:

Nama mahasiswa : Tiara Putri Ryandini

Judul : Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Telah melaksanakan diskusi pakar yang dilakukan pada:

Hari : Jum'at, 06 Juli 2018

Tempat pelaksanaan : Ruang Rapim II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pukul : 09.00 WIB - selesai

Pakar yang telah hadir, antara lain:


1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) dari Fakultas Keperawatan Unair
2. Dr. Hanik Endang N., S.Kep., Ns., M.Kep dari Fakultas Keperawatan Unair
3. Puji Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep dari RSU Haji Surabaya
4. Sartika Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep dari RSUA Surabaya

Adapun hasil dari diskusi pakar terlampir.

Demikian berita acara ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 06 Juli 2018

Pakar,



Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

HASIL DISKUSI PAKAR

Format instrumen yang disusun berdasarkan pada rekap hasil telusur rekam medis dalam format catatan perkembangan pasien terintegrasi perawat pada pasien Diabetes Mellitus sebanyak 287 DRM terhadap Standar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus meliputi SOAP (Subyektif, Obyektif, *Assesment* dan *Plan*).

- Diagnosa keperawatan : aktual, risiko dan *Health Education* yang akan disusun sesuai SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)
- Menyusun standar asuhan keperawatan (SAK) Diabetes Mellitus berdasarkan SNARS (2017) dan KARS
- Bentuk pengembangan dari instrumen yang dikembangkan peneliti yaitu instrumen evalausi asuhan keperawatan dalam format CPPT pada pasien Diabetes Mellitus mengacu pada standar nasional akreditasi Rumah Sakit berupa pada penulisan SOAP. Dimana pada didasarkan dari segi konten, segi *Standard Nursing Language* (SNL)/bahasa dan segi akurasi.
 1. Instrumen S (Subyektif) : lemas, lemah, nyeri, pusing dll
 2. Instrumen O (Obyektif) : ABCD (*antropometri, biological, clinical site*, dan diit)
 3. Instrumen A (*Assesment*) :- Ketidakefektifan manajemen kesehatan
 - Ketidakstabilan kadar glukosa darah
 - Gangguan integritas kulit atau jaringan
 - Risiko ketidakseimbangan elektrolit
 - Nyeri akut
 4. Instrumen P (*Plan*) : Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi, rujuk, konsul DPJP (SBAR)
- Dalam evaluasi asuhan keperawatan berdasarkan SNARS (2017):
 1. SOAP ditulis setiap 8 jam sekali
 2. Perkembangan tiap pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada catatan perkembangan pasien terintegrasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP serta diringkas dalam 24 jam sekali.

Lampiran 14

REKAPITULASI TELUSUR REKAM MEDIS

No.	Ruang	Diagnosa Medis	Evaluasi			
			S Subyektif	O Obyektif	A Assesment	P Plan

Lampiran 15

HASIL REKAPITULASI TELUSUR REKAM MEDIS (TAHAP 1 sebanyak 287 DRM)

No.	Ruang	Diagnosa Medis	Evaluasi			
			S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>
1.	Teratai	<i>Diabetes Mellitus</i>	Lemas, pusing	GDA	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	Masalah belum teratasi
			Nyeri, bengkak	Skala nyeri, Tekanan darah meningkat	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi
			Gatal	Tekanan darah meningkat	Kerusakaan integritas kulit (00046)	Masalah belum teratasi
			sering BAK	Tekanan darah stabil	Risiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)	Masalah belum teratasi
			Nafsu makan menurun, mual, muntah	Indek massa tubuh,	Ketidakseimbangan nutrisi (00002)	Diit DM
			Nyeri pada kaki, odema	Tekanan darah tinggi	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi
			Nyeri pada kaki	Tekanan darah stabil	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi
2	Asoka	<i>Diabetes Mellitus</i>	Lemas	Tekanan darah tinggi	Ketidakseimbangan nutrisi (00002)	Masalah belum teratasi
			Kaki kanan bengkak	Tekanan darah tinggi	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi
			Demam, nyeri pada kaki, odema	Tekanan darah meningkat, GDA	Nyeri akut (00132)	Lanjutkan intervensi, verifikasi DPJP (SBAR)
			Badan lemah	Tekanan darah stabil	Gangguan perfusi jaringan (00204)	Masalah teratasi sebagian
			Kesadaran menurun	Tekanan darah rendah	Manajemen Kesehatan	Lanjutkan intervensi, verifikasi DPJP (SBAR)
			Nyeri perut, badan lemas	Tekanan darah rendah	Nyeri akut (00132)	Masalah teratasi sebagian
			nyeri perut	Tekanan darah stabil	Nyeri akut (00132)	Lanjutkan intervensi, verifikasi DPJP (SBAR)
			nyeri punggung	Tekanan darah tinggi	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi

			nyeri tangan kiri	keadaan umum lemah	Nyeri akut (00132)	observasi nyeri, distraksi, kolaborasi terapi
			Mual	keadaan umum lemah	Ketidakseimbangan nutrisi (00002)	Masalah belum teratasi
			Lemas	GDA	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	Masalah belum teratasi
			Lemas	GDA	Manajemen Kesehatan	Masalah belum teratasi
			Nafsu makan menurun, mual, muntah	Indek massa tubuh,	Ketidakseimbangan nutrisi (00002)	Masalah belum teratasi
			Nyeri pada kaki, odema	Tekanan darah tinggi	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi
			Nyeri pada kaki	Tekanan darah stabil	Nyeri akut (00132)	Masalah belum teratasi

Lampiran 16

**HASIL PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM FORMAT
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

Evaluasi				Terintegrasi
S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>	
Pasien mengeluh Lemas; pusing	Faktor risiko : – Kenaikan atau penurunan berat badan – Kurangnya manajemen diabetes atau kepatuhan terhadap rencana penatalaksanaan diabetes; pemantauan glukosa darah atau manajemen medikasi yang tidak adekuat – Status kesehatan fisik; stress; proses infeksi – Pemeriksaan Penunjang	Aktual: Ketidakstabilan kadar glukosa darah (0027)	– Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan – Manajemen diri: diabetes – Manajemen hiperglikemia/hipoglikemia	1. Standarnya pengisian asuhan terintegrasi ini minimal harus di isi setiap 8 jam sekali atau ketika terjadi perubahan kondisi pasien namun pada status diverifikasi oleh DPJP dalam setiap 24 jam. 2. Dokter Penanggung jawab bersama tim profesi perawat, nutritionis dan farmasi mendiskusikan hasil perkembangan atas tindakan yang sudah dilakukan. Hasil diskusi di dokumentasikan di CPPT. Setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan Dokter
Pasien mengeluh gatal pada punggung; ekstremitas Pasien mengeluh nyeri	– Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit, kemerahan	Aktual: Gangguan integritas kulit atau jaringan (0129)	- Pencegahan risiko infeksi - Pemberian lotion pada area gatal	

Evaluasi				Terintegrasi
S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>	
Pasien mengeluh mual; muntah	Faktor risiko: <ul style="list-style-type: none"> – GDA menunjukkan hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi)/hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah) – Mengantuk – Pusing – Kesadaran menurun – Lelah/lesu 	Risiko: Ketidakseimbangan elektrolit (0037)	<ul style="list-style-type: none"> – Pantau intake dan output – Dorong asupan makanan dan cairan yang adekuat (setidaknya 2500 mL/hari). 	Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menggunakan metode komunikasi S-B-A-R (stempel) dan besoknya diverifikasi ke DPJP setiap hari (SNARS, 2017).
Pasien mengeluh tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri	<ul style="list-style-type: none"> – Skala nyeri: PQRST – Perubahan selera makan – Perilaku distraksi – Ekspresi wajah nyeri – Sikap tubuh melindungi – Sikap melindungi area nyeri 	Aktual: Nyeri akut (0077)	<ul style="list-style-type: none"> – Manajemen distraksi – Kolaborasi pemberian Terapi farmakologi 	
Pasien mengeluh lemas	<ul style="list-style-type: none"> – Kerentanan/hambatan yang dirasakan – Kesulitan ekonomi – Kompleksitas regimen perawatan kesehatan – Kurang pengetahuan – Pola perawatan kesehatan keluarga 	Promkes: Ketidakefektifan manajemen kesehatan (0116)	<ul style="list-style-type: none"> – Memfasilitasi pembelajaran Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan kekhawatiran dan selalu ada – Penyuluhan proses penyakit – Beradaptasi terhadap perubahan kehidupan – Tekankan pentingnya pemeriksaan mata teratur 	

Pengembangan instrumen evaluasi asuhan keperawatan dalam format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada pasien Diabetes Mellitus

Lampiran 17

HASIL REKAPITULASI TELUSUR REKAM MEDIS (TAHAP 2 pada 40 DRM)

No.	Ruang	Diagnosa Medis	Evaluasi			
			S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>
1.	Teratai	<i>Diabetes Mellitus</i>	Pasien mengeluh lemas	Berat badan menurun Keadaan umum lemah GDA menunjukkan hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) Vital sign	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan Manajemen hiperglikemia
			Pasien mengeluh nyeri	Skala nyeri: PQRST Perubahan selera makan Vital sign Sikap melindungi area nyeri	Nyeri akut (00132)	Manajemen distraksi Kolaborasi pemberian Terapi farmakologi
			Pasien mengeluh mual; muntah	GDA menunjukkan hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah) Mengantuk Pusing Kesadaran menurun	Risiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)	Pantau intake dan output Dorong asupan makanan dan cairan yang adekuat (setidaknya 2500 mL/hari.
			Pasien mengeluh lemas	Kerentanan/hambatan yang dirasakan Kurang pengetahuan Pola perawatan kesehatan keluarga	Ketidakefektifan manajemen kesehatan (00078)	Memfasilitasi pembelajaran Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan kekhawatiran dan selalu ada Penyuluhan proses penyakit Tekankan pentingnya pemeriksaan mata teratur

No.	Ruang	Diagnosa Medis	Evaluasi			
			S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>
			Pasien mengeluh muntah	GDA menunjukkan hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah) Mengantuk Pusing Kesadaran menurun Lelah/lesu	Risiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)	Pantau intake dan output Dorong asupan makanan dan cairan yang adekuat (setidaknya 2500 mL/hari).
2.	Asoka	<i>Diabetes Mellitus</i>	Pasien mengeluh gatal pada punggung Pasien mengeluh nyeri	Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit, kemerahan	Gangguan integritas kulit atau jaringan (00046)	Pencegahan risiko infeksi Pemberian lotion pada area gatal
			Pasien mengeluh lemas	Berat badan menurun Keadaan umum lemah GDA rendah Vital sign	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan Manajemen hipoglikemia
			Pasien mengeluh lemas	Berat badan menurun Keadaan umum lemah GDA tinggi Vital sign	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	Kadar glukosa darah: Mempertahankan glukosa dalam batas memuaskan Manajemen hiperglikemia
			Pasien mengeluh nyeri	Skala nyeri: PQRST Perubahan selera makan Vital sign Sikap melindungi area nyeri	Nyeri akut (00132)	Manajemen distraksi Kolaborasi pemberian Terapi farmakologi
			Pasien mengeluh nyeri	Skala nyeri: PQRST Vital sign	Nyeri akut (00132)	Manajemen distraksi Kolaborasi pemberian Terapi

No.	Ruang	Diagnosa Medis	Evaluasi			
			S Subyektif	O Obyektif	A <i>Assesment</i>	P <i>Plan</i>
				Perilaku distraksi Ekspresi wajah nyeri Sikap tubuh melindungi		farmakologi
			Pasien mengeluh lemas	Kerentanan/hambatan yang dirasakan Kurang pengetahuan Pola perawatan kesehatan keluarga	Ketidakefektifan manajemen kesehatan (00078)	Memfasilitasi pembelajaran Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan kekhawatiran dan selalu ada Penyuluhan proses penyakit Tekankan pentingnya pemeriksaan mata teratur
			Pasien mengeluh gatal pada punggung Pasien mengeluh nyeri	Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit, kemerahan	Gangguan integritas kulit atau jaringan (00046)	Pencegahan risiko infeksi Pemberian lotion pada area gatal

Lampiran 18

TABULASI DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN FGD TAHAP 2

No.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
1	2	2	1	1	1
2	1	2	3	1	1
3	2	2	1	2	1
4	1	1	2	1	1
5	1	1	2	2	1
6	1	2	1	2	1
7	1	1	1	1	1

Ket.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
	1 = 26-30 tahun (5) 2 = 31-35 tahun (2) 3 = 36-40 tahun (0) 4 = >40 tahun (0)	1 = Laki-laki (3) 2 = Perempuan (4)	1 = 5-10 tahun (4) 2 = 11-15 tahun (2) 3 = >15 tahun (1)	1 = D3 Keperawatan (4) 2 = S1 Keperawatan (3)	1 = Pegawai Tetap (7) 2 = Pegawai Magang (0)

Lampiran 19

TABULASI DATA DEMOGRAFI RESPONDEN TAHAP 2

No.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
1	2	2	1	1	1
2	1	2	1	1	2
3	1	2	1	2	2
4	1	2	1	2	1
5	1	2	1	2	2
6	1	2	1	2	2
7	2	1	2	2	1
8	3	2	2	1	2
9	3	2	2	2	2
10	1	1	1	1	1

Ket.	Umur	Jenis Kelamin	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian
	1 = 26-30 tahun (6) 2 = 31-35 tahun (2) 3 = 36-40 tahun (2) 4 = >40 tahun (0)	1 = Laki-laki (2) 2 = Perempuan (8)	1 = 5-10 tahun (7) 2 = 11-15 tahun (3) 3 = >15 tahun (0)	1 = D3 Keperawatan (4) 2 = S1 Keperawatan (6)	1 = Pegawai Tetap (4) 2 = Pegawai Kontrak (6) 3 = Pegawai Magang (0)

Lampiran 20

TABULASI HASIL EVALUASI
KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MENGISI INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN
KEPERAWATAN DALAM FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN
TERINTEGRASI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS
DI RUANG RAWAT INAP RSUD. dr. R. KOESMA TUBAN

No. Res	Pernyataan				Total	%	Kriteria
	1	2	3	4			
1	3	3	3	3	12	100	Baik
2	3	3	3	3	12	100	Baik
3	3	3	3	3	12	100	Baik
4	3	3	3	3	12	100	Baik
5	3	3	3	3	12	100	Baik
6	3	3	3	3	12	100	Baik
7	3	3	3	3	12	100	Baik
8	3	3	3	3	12	100	Baik
9	3	3	3	3	12	100	Baik
10	3	3	3	3	12	100	Baik
	30	30	30	30	Total		
	100	100	100	100	%		
	Baik	Baik	Baik	Baik	Kriteria		

Keterangan : 3 = Baik
 2 = Cukup
 1 = Kurang

LEMBAR PENJELASAN PARTISIPAN KEGIATAN FGD (*FOCUS GROUP DISCUSSION*)

Penelitian tentang Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban dengan penjelasan sebagai berikut:

- | | |
|--------------------|---|
| Nama Peneliti | : Tiara Putri Ryandini |
| Judul Penelitian | : Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban |
| Tujuan Penelitian | : Mengembangkan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban |
| Manfaat Penelitian | : Mengembangkan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus berdasarkan masukan dari berbagai sumber sehingga instrumen tersebut mudah diaplikasikan dan efektifitas tujuan pelaksanaan kegiatan pendokumentasian CPPT. |

Perlakuan yang diterapkan kepada partisipan:

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan diminta untuk mengikuti kegiatan diskusi dengan tujuan untuk mengeksplorasi pendapat tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan saat ini di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Harapan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri terhadap pelaksanaan supervisi klinis untuk hasil pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi yang lebih berstandar. Hasil dari kegiatan FGD nanti akan diperoleh kesepakatan bersama antara peneliti dan partisipan tentang bentuk “Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban”. Kegiatan ini akan berlangsung sekitar 90 menit.

Manfaat

Partisipan (peserta FGD) yang terlibat dalam penelitian ini sebagai pihak-pihak yang berperan dalam pengambilan keputusan akan mengetahui bagaimana pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap untuk pendokumentasian CPPT. FGD ini akan menghasilkan rekomendasi-rekomendasi yang dijadikan bahan dalam penyusunan instrumen CPPT yang akan dikembangkan oleh peneliti untuk keperluan pendokumentasian dalam CPPT yang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap.

Bahaya potensial

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri tidak diberikan intervensi apapun melainkan hanya diskusi. Bahaya potensial minimal yang mungkin dirasakan adalah kegiatan ini akan mengurangi waktu kerja partisipan, tetapi dengan kegiatan ini Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan dapat menyampaikan dengan bebas pendapatnya tentang instrumen evaluasi asuhan keperawatan yang sesuai standar.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dalam penelitian ini bersifat sukarela dan partisipan berhak untuk mengundurkan diri kapan pun tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan partisipan.

Adanya insentif untuk partisipan

Partisipan FGD akan memperoleh snack dan souvenir.

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dapat berkomunikasi dengan peneliti jika diperlukan dengan menghubungi:

Nama : Tiara Putri Ryandini

Alamat : Ds. Sambonggede RT 02 RW 01 No. 189 Kec. Merakurak
Kab. Tuban

No. Hp/*WhatsApp* : 085708123475

Keterlibatan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri sangat peneliti harapkan. Semua data yang diperoleh akan dirahasiakan, tanpa nama, dokumen penelitian akan di simpan pada lokasi yang aman. Data hanya disajikan untuk penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan.

	Surabaya,	2018
Yang memberi penjelasan	Yang mendapat penjelasan	

Tiara Putri Ryandini

Saksi,

Lampiran 22

**KUESIONER PENDAPAT PERAWAT TENTANG PENGEMBANGAN
INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM FORMAT
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS**

No. Responden :(diisi oleh peneliti)
Tanggal pengisian :

Petunjuk Pengisian

- Beri tanda centang (✓) pada kolom yang Sudara anggap sesuai dengan pendapat Saudara
- Tuliskan kritik dan saran Saudara terhadap pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban

Keterangan singkatan:

SS = Sangat setuju

S = Setuju

KS = Kurang setuju

TS = Tidak setuju

STS = Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	STS	TS	KS	S	SS
A. FUNCTIONALITY						
1	Instrumen CPPT ditulis pada format yang baku mampu menggambarkan kondisi pasien dengan tepat					
2	Instrumen evaluasi mengacu pada tujuan dan kriteria hasil mampu menunjukkan masalah teratasi sebagian atau seluruhnya					
3	Instrumen hasil evaluasi dicatat dalam bentuk S-O-A-P mampu menilai perkembangan pasien dengan jelas sesuai target yang diinginkan dalam perencanaanya					
4	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT mencantumkan tanggal dan jam mampu menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat					
5	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT pada saat ada perubahan kondisi pasien mencantumkan nama dan paraf perawat mampu menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat					
6	Instrumen pada setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan DPJP menggunakan metode komunikasi S-B-A-R (stempel) mampu menggambarkan kondisi pasien dan aktivitas perawat					

B. EFFICIENCY						
7	Instrumen CPPT ditulis pada format yang baku berupa <i>check list</i> dapat digunakan untuk kondisi pasien dengan tepat					
8	Instrumen evaluasi mengacu pada tujuan dan kriteria hasil berupa <i>check list</i> membantu perawat merumuskan masalah teratasi sebagian atau seluruhnya					
9	Instrumen hasil evaluasi dicatat dalam bentuk S-O-A-P mampu menilai perkembangan pasien dengan jelas sesuai target yang diinginkan berupa <i>check list</i>					
10	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT mencantumkan tanggal dan jam mampu menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat berupa <i>check list</i>					
11	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT pada saat ada perubahan kondisi pasien mencantumkan nama dan ttd perawat mampu menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat berupa <i>check list</i>					
12	Instrumen pada setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan DPJP menggunakan metode komunikasi S-B-A-R (stempel) mampu menggambarkan kondisi pasien dan aktivitas perawat berupa <i>check list</i>					
C. USABILITY						
13	Instrumen CPPT ditulis pada format yang baku mudah digunakan perawat untuk kondisi pasien dengan tepat					
14	Instrumen evaluasi mengacu pada tujuan dan kriteria hasil mudah digunakan perawat merumuskan masalah teratasi sebagian atau seluruhnya					
15	Instrumen hasil evaluasi dicatat dalam bentuk S-O-A-P mudah digunakan perawat dalam menilai perkembangan pasien dengan jelas sesuai target yang diinginkan					
16	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT mencantumkan tanggal dan jam mudah digunakan perawat dalam menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat					
17	Instrumen pada setiap melakukan pencatatan CPPT pada saat ada perubahan kondisi pasien mudah digunakan perawat dalam mencantumkan nama dan ttd perawat mampu menunjukkan aktivitas yang dilakukan perawat					
18	Instrumen pada setiap melaporkan hasil catatan perkembangan dengan DPJP menggunakan metode komunikasi S-B-A-R (stempel) mudah digunakan perawat dalam menggambarkan kondisi pasien dan aktivitas perawat					

Lampiran 23

TABULASI HASIL

**PENDAPAT PERAWAT TENTANG PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN
DALAM FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI PADA PASIEN *DIABETUS MELLITUS***

No. Res.	Pertanyaan															Total	%	Kriteria
	Functionality					Efficiency					Usability							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	100	Baik
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	Total		
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	%		
	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik	Kategori		

Keterangan : 5 = Sangat setuju
 4 = Setuju
 3 = Kurang setuju
 2 = Tidak setuju
 1 = Sangat tidak setuju

Lampiran 24

Panduan Topik *Focus Group Discussion* Tahap 1**“PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN
DALAM FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS”**

Nama group yang di interview : Tanggal :

Tempat : Jam mulai:

Ringkasan peserta :

Jumlah perempuan : orang Jumlah laki laki : orang

Total peserta :

Nama fasilitator :

1. Memperkenalkan moderator, penerjemah dan pencatat

2. Memperkenalkan topik penelitian :

Saya tertarik mempelajari instrumen catatan perkembangan pasien terintegrasi yang sedang saya geluti sekarang. Saya akan meminta anda menjawab beberapa pertanyaan dan saya berharap bahwa jawaban anda akan memberikan sumbangan dalam peningkatan ilmu keperawatan. Diskusi kita akan berlangsung selama satu sampai dua jam.

3. Persetujuan grup terhadap kerahasiaan jawaban dan norma yang berlaku selama diskusi`

4. Pertama tama, saya akan mengajukan beberapa pertanyaan berikut ini :

- Apa pentingnya catatan perkembangan pasien terintegrasi bagi saudara?
- Coba anda ceritakan pengalaman instrumen catatan perkembangan pasien terintegrasi yang sudah anda ikuti selama bekerja di rumah sakit ini?

- Apa manfaat dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi yang anda aplikasikan bagi pasien atau perawat?
- Menurut anda, apakah instrumen evaluasi asuhan keperawatan memerlukan tim tersendiri?
- Menurut anda apa kendala perawat dalam melakukan pendokumentasian pada format CPPT?
- Menurut anda apa pentingnya dokumentasi keperawatan?
- Menurut anda apa kendala perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan?
- Bagaimana sikap anda terhadap instrumen dalam pendokumentasian pada format CPPT?

5. Menutup FGD

Terimakasih atas waktu dan ide yang anda berikan. Hal ini sangat berarti untuk kita. Tolong diingat bahwasannya anda setuju bahwa diskusi ini bersifat rahasia. Tolong jangan dikatakan pada yang lain tentang hasil diskusi ini. Perawat yang lain pasti akan penasaran tentang apa yang kita bicarakan disini. Saran saya, jika mereka bertanya katakan saja bahwa kami mengajukan beberapa pertanyaan mengenai “instrumen evalausi asuhan keperawatan pada format catatan perkembangan pasien terintegrasi” pada anda semua. Tolong jangan dikatakan detail yang kita bicarakan disini. Bagaimana menurut anda? Apakah ada pertanyaan? Jika ada yang mau bicara lebih lanjut dengan saya, maka saya bersedia meluangkan waktu.

Terimakasih atas perhatian anda.

Lampiran 25

Panduan Topik *Focus Group Discussion* Tahap 2**“PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN
DALAM FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS”**

Nama grup yang di interview : Tanggal:

Tempat : Jam mulai:

Ringkasan peserta :

Jumlah perempuan : orang Jumlah laki laki: orang

Total peserta :

Nama fasilitator :

1. Memperkenalkan moderator, penerjemah dan pencatat
2. Memperkenalkan topik penelitian :

Setelah kita lakukan penelitian selama kurang lebih 1 minggu, maka hari ini kita akan membahas perkembangan hasil Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus yang telah kita laksanakan.

3. Persetujuan grup terhadap kerahasiaan jawaban dan norma yang berlaku selama diskusi
4. Pertama tama, saya akan mengajukan beberapa pertanyaan berikut ini ;
 - Coba anda ceritakan pengalaman mengisi Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus yang anda ikuti selama 1 minggu ini?
 - Apa manfaat instrumen evaluasi asuhan keperawatan pada format catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan yang anda aplikasikan bagi pasien atau perawat?

- Menurut anda apa kendala perawat dalam melakukan pendokumentasian CPPT?
- Menurut anda apa kendala perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan?
- Bagaimana kesan anda terhadap Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus?

5. Menutup FGD

Terimakasih atas waktu dan ide yang anda berikan. Hal ini sangat berarti untuk kita. Tolong diingat bahwasannya anda setuju bahwa diskusi ini bersifat rahasia. Tolong jangan dikatakan pada yang lain tentang hasil diskusi ini. Perawat yang lain pasti akan penasaran tentang apa yang kita bicarakan disini. Saran saya, jika mereka bertanya katakan saja bahwa kami mengajukan beberapa pertanyaan mengenai “Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus” pada anda semua. Tolong jangan dikatakan detail yang kita bicarakan disini. Bagaimana menurut anda? Apakah ada pertanyaan? Jika ada yang mau bicara lebih lanjut dengan saya, maka saya bersedia meluangkan waktu.

Terimakasih atas perhatiannya.

Lampiran 26

**LEMBAR *CHECK LIST* PENILAIAN
VALIDITAS & RELIABILITAS INSTRUMEN**

No.	INSTRUMEN	Diisi lengkap & akurat sesuai SAK	Tidak diisi lengkap & akurat sesuai SAK
1	Subyektif		
2	Obyektif		
3	<i>Assesment</i>		
4	<i>Plan</i>		

Lampiran 27

HASIL TABULASI**VALIDITAS & RELIABILITAS INSTRUMEN**

	Pernyataan 1	Pernyataan 2	Pernyataan 3	Pernyataan 4	Total
DRM 1	0	1	1	1	3
DRM2	1	1	1	1	4
DRM 3	0	0	1	1	2
DRM 4	1	1	1	1	4
DRM 5	0	1	0	0	1
DRM 6	1	1	1	1	4
DRM 7	0	1	1	0	2
DRM 8	1	1	1	1	4
DRM 9	1	1	1	1	4
DRM 10	1	1	0	1	3
DRM 11	1	1	0	1	3
DRM 12	1	1	0	0	2
DRM 13	1	1	1	1	4
DRM 14	1	1	0	1	3
DRM 15	1	1	1	1	4
DRM 16	0	1	1	1	3
DRM 17	0	0	0	0	0
DRM 18	1	1	1	1	4
DRM 19	0	0	0	0	0
DRM 20	1	1	1	1	4
Total	13	17	13	15	

Keterangan: 1 = Diisi Lengkap dan akurat

0 = Tidak diisi lengkap dan akurat

Lampiran 28

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

SOSIALISASI & PELATIHAN

**“PENGEMBANGAN INSTRUMEN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM
FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS”**



**Oleh :
TIARA PUTRI RYANDINI
NIM. 131614153107**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

Pokok Pembahasan	: Evaluasi asuhan keperawatan
Subpokok pembahasan	: Format CPPT
Sasaran	: Kepala bidang keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Mutu Profesi, Kepala Instansi Ruang Rawat Inap, Kepala Ruang Rawat Inap dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP)/Katim/Perawat Primer
Waktu	: Juli 2018
Tempat	: Ruang Pertemuan RSUD. dr. R. Koesma Tuban
Pemateri	: Tiara Putri Ryandini

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan pelatihan tentang Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus diharapkan para peserta mengetahui tentang cara menerapkan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan pelatihan dalam waktu selama 1 minggu diharapkan perawat mampu:

- 1) Menjelaskan pengertian evaluasi keperawatan pada format Catatan perkembangan pasien terintegrasi
- 2) Menjelaskan alasan catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan
- 3) Menjelaskan cara pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus

B. Materi (terlampir)

Materi penyuluhan yang akan disampaikan meliputi:

- 1) Pengertian evaluasi keperawatan pada format catatan perkembangan pasien terintegrasi

- 2) Alasan catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan
- 3) Cara pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus

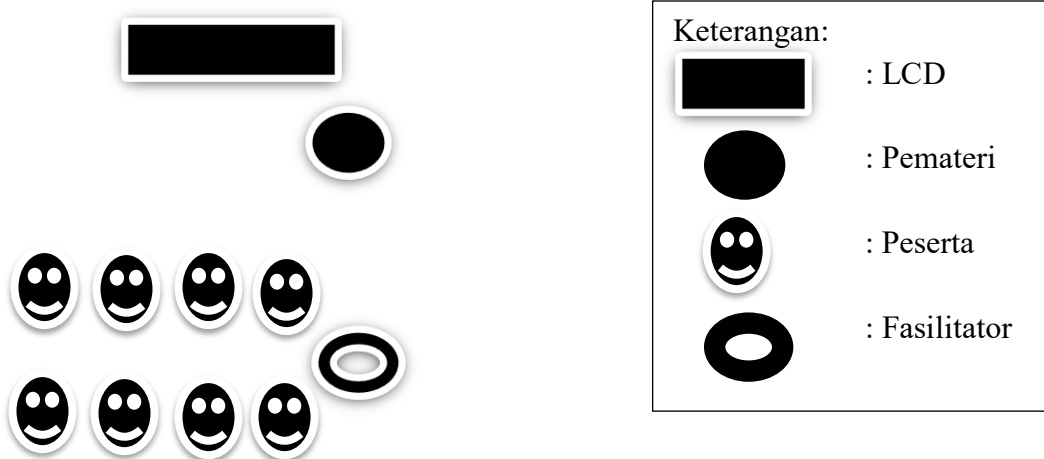
C. Media

1. LCD
2. Fotokopi materi
3. Alat rekam suara
4. Buku Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017)

D. Metode

Ceramah dan tanya jawab

E. *Setting* Tempat



Hari ke-2 =

1. Praktek pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus dan pendampingan oleh peneliti
2. Pengisian kuesioner mutu instrumen menurut *user's view*

Uraian kegiatan pada Hari ke-1

Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan Perawat
Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan kegiatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan
Kegiatan inti (40 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian evaluasi keperawatan pada format Catatan perkembangan pasien terintegrasi 2. Menjelaskan alasan catatan perkembangan pasien terintegrasi pada Diabetes Mellitus dalam dokumentasi asuhan keperawatan 3. Menjelaskan cara pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya 5. Menjawab pertanyaan peserta 	Memperhatikan materi
Penutup (15 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi yang disampaikan 2. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang disampaikan dan menanyakan kembali 3. Salam penutup 	<p>Memperhatikan</p> <p>Menjawab salam</p>

Hari ke-2

Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan Perawat
(3 menit)	Memberi salam	Menjawab salam
(7 menit)	Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu tentang praktek pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus	Memperhatikan
(60 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi kesempatan selama 1 jam kepada para perawat untuk mengisi Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus 2. Mendampingi perawat dalam pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus 	Melakukan praktek pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus

F. Evaluasi

Evaluasi Hari ke-1

1. Struktur
 - a. Waktu yang dibutuhkan untuk persiapan sosialisasi
 - b. Ketersediaan sarana prasarana
2. Proses
 - a. Kegiatan para peserta selama kegiatan berlangsung
 - b. Proses diskusi tanya jawab
3. Hasil
 - a. Jumlah kehadiran peserta
 - b. Antusiasme peserta saat kegiatan berlangsung
 - c. Kemampuan peserta dalam menerima materi yang disampaikan

Evaluasi Hari ke-2

1. Struktur
 - a. Persiapan praktek pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus Pengkondisian tempat
2. Proses

Pengisian Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus oleh responden
3. Hasil
 - a. Jumlah perawat yang bersedia mengisi Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus
 - b. Kemampuan perawat dalam mengisi Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan lembar observasi.

- Sugiyono. (2013). *Statistika untuk Penelitian*. Jakarta: Alfabeta
- Sutrisno E. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sutoto, Dkk. *Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012*. Jakarta. 2015
- Swansburg R.C. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Umar H. 2008. *Desain Penelitian MSDM dan Perilaku Karyawan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Widiastuti. A., Nurachmah, E., & Besral. (2012). *Efektifitas Edukasi Terstruktur Berbasis Teori Perilaku Terencana Terhadap Pemberdayaan dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*. Tesis FIKUI